

UNIVERSITE

ANNEE 1971

THÈSE

PARIS VI

N° 59

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Michel BOUVRESSE

Né le 18 Novembre 1941 à CHARENTON-LE-PONT (Seine)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

VALEUR DE LA SPLENECTOMIE
DANS L'YPERTENSION PORTALE ACQUISE

(A propos de 32 observations)

Président : M. J. GOSSET, Professeur

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

UNIVERSITE

ANNEE 1971

THÈSE

PARIS VI

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Michel BOUVRESSE

Né le 18 Novembre 1941 à CHARENTON-LE-PONT (Seine)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

VALEUR DE LA SPLENECTOMIE
DANS L'YPERTENSION PORTALE ACQUISE

(A propos de 32 observations)



Président : M. J. GOSSET, Professeur

PARIS VI

THÈSE

UNIVERSITÉ

ANNÉE 1971

1971

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Spécialité : Médecine)

par

Michel BOURRESE

Né le 18 novembre 1941 à CHARENTON-LE-PONT (Seine)

Interne des hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

VALEUR DE LA SPLECTOMIE
DANS L'HYPERENSION PORTALE ACQUISE

(A propos de 35 observations)



Président : M. J. GOSSET, Professeur

A mes Parents.

A mes Amis.

qui m'ont fait le plaisir de m'honorer
par leur service et de me servir les jours de
leur vie.

Qu'ils trouvent ici l'expression de mon profond
respect et de mon respectueux
attachement.

A mon Maître, Monsieur le Professeur Jean GOSSET

- Professeur de clinique chirurgicale,
- Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine,
- Membre de l'Académie de Chirurgie,
- Membre de l'Académie de Médecine,
- Chevalier de la Légion d'Honneur,

qui m'a fait le grand honneur de m'accueillir
dans son service et de me confier le sujet de
cette thèse ;

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde
reconnaissance et de mon respectueux atta-
chement.

A Monsieur le Professeur S. BAUX,

A Messieurs les Docteurs

- GRUNER, VIALAS, BRUCZIERE,
- KOHEN, REGENSBERG,
- CHABANEIX, PIEDON,
- APOIL, FAGUET, LAGADEC, POILLEUX, STERN,
- DELAITRE, DENTAN, LENRIOT, MARSCHALL,
MOULLE.

qui ont eu également la patience de m'enseigner
la chirurgie.

A mes Maîtres d'Externat :

- Monsieur le Professeur J-M. COLDEFY,
- Monsieur le Docteur BLANCHON,
- Monsieur le Docteur BLATRIX,

et à mes Maîtres d'Internat :

Messieurs les Professeurs

- J. DEBEYRE
- P. L. CHIGOT
- Cl. FRILEUX
- J. LATASTE
- J. GOSSET
- L. LEGER.

qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde
reconnaissance pour tout ce qu'ils m'ont appris.

A Monsieur le Docteur HIVET,

A Monsieur le Docteur POILLEUX,

A Monsieur le Docteur LAGADEC,

en témoignage de ma reconnaissance pour les
conseils qu'ils ont bien voulu me donner, par-
ticulièrement pour la réalisation de ce travail.

A Monsieur le Professeur CAROLI,

Qui m'a permis de consulter ses observations ;
En témoignage de ma reconnaissance.

- INTRODUCTION -

La splénectomie est la plus ancienne des interventions proposées dans le traitement de l'hypertension portale. Sa faveur a connu des hauts et des bas au fur et à mesure que l'on s'expliquait mieux le rôle de la rate dans l'hypertension portale et, également, que l'on comprenait mieux cette hypertension portale. Actuellement la splénectomie semble rejetée par beaucoup d'auteurs et de beaucoup d'indications.

Ce travail a pour but d'essayer d'apprécier la valeur exacte de la splénectomie dans le traitement de l'hypertension portale acquise, afin de la condamner si elle est inutile, voire dangereuse, ou de la défendre si elle est efficace.

Ce travail repose sur l'étude de 32 cas d'hypertension portale acquise (7 cas par bloc sous-hépatiques et 25 cas par cirrhoses) suivis dans le service du Professeur J. GOSSET.

Les Blocs Sous-Hépatiques ont été subdivisés en :

- 1 - thrombose de la veine splénique (3 cas)
- 2 - thrombose de la veine porte (2 cas)
- 3 - thrombose diffuse spléno-portale (2 cas)

Les Cirrhoses ont été subdivisées en 2 groupes :

1 - Les cirrhoses non hémorragiques, c'est-à-dire n'ayant pas saigné au moment de la splénectomie (11 cas) comprenant :

- . 3 cas d'origine indéterminée
- . 1 cas par éthylisme
- . 2 cas de cirrhose biliaire
- . 2 cirrhoses méta-ictériques
- . 3 cirrhoses méditerranéennes.

2 - Les cirrhoses hémorragiques (14 cas) comprenant :

- . 6 cas d'origine indéterminée
- . 5 cirrhoses éthyliques
- . 1 cirrhose méta-ictérique
- . 2 cirrhoses méditerranéennes

Tous ces malades ont subi une splénectomie au cours de l'évolution de leur maladie. Cette splénectomie a toujours été isolée au cours de l'intervention considérée ; par contre, quelques malades ont subi, lors d'autres interventions, réalisées avant ou après la splénectomie, d'autres gestes chirurgicaux entrant dans le cadre du traitement de l'hypertension portale. Ces cas seront mis à part en temps voulu.

Avant de faire le résumé des observations il convient de donner la définition des quelques abréviations qui seront utilisées dans ce travail et qui sont d'ailleurs courantes. Voici ces abréviations :

- V.O. = varices oesophagiennes
- S P G = splénoportographie
- A P C = anastomose porto-cave
- A P C T L = anastomose porto-cave termino-latérale
- A P C L L = " " latéro-latérale
- A S R = anastomose spléno-rénale
- † = décès
- h = hématémèse
- M = méléna
- H = hémorragie digestive
- R H = récidence hémorragique
- E P C = encéphalopathie porto-cave

La biologie hépatique des malades a été dotée d'un coefficient s'exprimant en croix :

- 0 : normale
- + : peu perturbée
- ++ : assez fortement perturbée
- +++ : très fortement perturbée

Ce coefficient a été attribué en utilisant le tableau suivant (qui donne une valeur double aux facteurs de coagulation et à l'albumine sérique).

Coefficient	0	+	++	+++
Facteurs de coagulation en % x 2	75 à 100	50 à 75	40 à 50	Inf. à 40
Floculation	0	+	++	+++
Albumine sérique en g/l x 2	40 et plus	35 à 40	30 à 35	30 et moins
Bilirubine en mg/l	0 à 5	5 à 15	15 à 30	30 et plus
B.S.P. : % de rétention à 45'	5 à 10	10 à 20	20 à 30	30 et plus
Ammoniémie (normale : 100)	100	100 à 120	120 à 150	150 et plus

De la même façon un coefficient a été attribué à l'hypersplénisme selon le tableau suivant :

Coefficient	0	+	++
Globules blancs	6 000 et plus	3 000 à 6 000	3 000 et moins
<u>Plaquettes</u> (valeur double)	200 000 et plus	100 000 à 200 000	100 000 et moins

- OBSERVATIONS -

Observation n° 1 : POI... André, 54 ans.

Thrombose de la veine splénique au hile de la rate.

- Antécédents : phlébite à bascule en 1940 avec embolie pulmonaire
- Histoire : 1955 : hémorragie digestive
1961 : 1 hématémèse, 1 méléna
- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur CONTE)
 - o Biologie hépatique : peu perturbée (+)
 - . prothrombine : 100 %
 - . flocculation : 0 - bilirubine : 16 mg/l
 - . protides totaux : 66 g/l ; albumine : 33 g/l
 - . B.S.P. : 6 % à 15' ; 1 % à 45'
 - . ammoniémie : 40 (normale = 25)
 - . masse sanguine très élevée : 6 700/4 700 ml
 - . masse plasmatique également : 5 000/2 900 ml
 - o Hypersplénisme très modéré (190 000 plaquettes)
 - o Pas de varice oesophagienne mais très grosses varices de la grosse tubérosité gastrique.
 - o Splénoportographie (S. P. G.) : veine porte normale, énormes varices de la grosse tubérosité, thrombose de la veine splénique au hile de la rate.
- Indication : thrombose isolée de la veine splénique.
- Intervention : le 12.7.1967 (Docteur HIVET) : splénectomie simple, facile, par voie abdomino thoracique gauche.
Poids de la rate : 800 g.
- Suites opératoires : simples, sortie au 14e jour.
- Histologie du foie : inflammation péricanalaire sans cirrhose.

- Evolution (en comptant en année à partir de l'intervention). Décédé à 5 ans par infarctus du myocarde sans avoir présenté aucun trouble en rapport avec sa maladie d'origine.

Observation n° 2 : BUV... Robert, 34 ans.

Thrombose isolée de la veine splénique due à une pancréatite calcifiante.

- Antécédents : 1956 : drainage d'un faux kyste du pancréas.
1960 : diabète plus poussée de pancréatite
- Histoire : 1961 : 2 mélénas, 1 hématomèse.
- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur CAROLI)
 - o Biologie hépatique : normale (0).
 - . prothrombine : 75 %
 - . floculation : 0 ; bilirubine : 3 mg/l
 - . protides totaux : 64 g/l ; albumine : 40 g/l
 - . B. S. P. : 14 % à 15' ; 1 % à 45'
 - o Hypersplénisme très modéré (+) (160 000 plaquettes)
 - o Pas de varice oesophagienne, calcifications pancréatiques
 - o Biligraphie normale.
 - o Splénoportographie : thrombose partielle de la veine splénique, reflux vers la grosse tubérosité revascularisant le tronc porte par la coronaire stomachique.
- Indication : thrombose isolée de la veine splénique
- Intervention : le 4. 1. 1962 (Docteur HIVET) Splénectomie simple, difficile, par voie médiane sus-ombilicale.
Pancréatite à prédominance gauche.
- Suites opératoires : diabète instable.
plaquettes : 300 000
Sortie au 18e jour.
- Evolution : recul actuel : 9 ans, sans hémorragie. Retravaille depuis 1962 - Diabète persistant.

Observation n° 3 : VOL... Louis, 49 ans.

Thrombose de la veine splénique.

- Histoire : 1961 : hématomésoe traitée par sonde de Blakemore et anticoagulants !
- Bilan pré-opératoire
 - Biologie hépatique probablement normale
 - Varices oesophagiennes (+)
 - Splénoportographie : pression à 30 cm H₂O, thrombose de la veine splénique.
- Indication : thrombose de la veine splénique
- Intervention : le 4. 5. 1961 (Docteur HIVET) : splénectomie simple et facile, par voie abdomino-thoracique gauche.
Poids de la rate : 2 000 g.
- Suites opératoires : simples ; plaquettes : 300 000
- Evolution :
 - à 4 ans : méléna faisant pratiquer une iléo-portographie qui montre une thrombose diffuse splénoportale avec une pression à 30 cm H₂O. Abstention. Varices oesophagiennes (+).
 - récul actuel : 10 ans sans avoir présenté d'autre hémorragie.

Observation n° 4 : VAI... Gisèle, 49 ans.

Thrombose de la veine porte.

- Histoire : 1968 : 1 méléna et 1 hématomésoe entraînant à chaque fois une poussée ascitique.
- Bilan pré-opératoire (Service du Docteur CATTAN)
 - Ascite (+ +), circulation collatérale.
 - Biologie hépatique (+)

- . prothrombine : 65 %
- . floculation (0)
- . bilirubine : 18 mg/l
- . protides totaux : 75 g/l ; albumine : 40 g/l
- . B. S. P. 78 % à 15' ; 59 % à 45'

o Varices oesophagiennes (+ + +)

o Splénoportographie : pression à 65 cm H₂O, thrombose de la veine porte, bonne vascularisation hépatique, petite veine splénique.

- Indication : dérivation impossible

- Intervention le 20. 2. 1959 (Docteur HIVET) : splénectomie difficile, par voie médiane sus-ombilicale, associée à une ligature des vaisseaux de la grande courbure sauf les gastro-épiploïques droits. Pression à 55 cm H₂O après splénectomie. Poids de la rate : 650 g.

- Suites opératoires : simples. Ascite = 0

Varices oesophagiennes (+ +) (légère diminution).

- Histologie du foie : peu de sclérose, stéatose moyenne, infiltration diffuse par des polynucléaires non altérés.

- Evolution :

- . à 10 ans : diabète léger
- . à 11 ans : hématomèse traitée médicalement, varices oesophagiennes : (+ + +)
- . recul actuel : 12 ans, va bien.

Observation n° 5 : JOU... Madeleine, 47 ans.

Cavernome portal.

- Histoire

1940 : hématomèse, splénomégalie

1947 : hématomèse, découverte de varices oesophagiennes ;
de 1947 à 1962 : 8 hématomèses.

- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur DEBRAY)

o Bilan hépatique (+)

- . prothrombine : 70 %
- . floculation (+)
- . bilirubine : 9 g/l
- . protides totaux : 56 g/l
- o Hypersplénisme (+ +) (80.000 plaquettes)
- o Varices oesophagiennes (+)
- o Splénoportographie : pression à 35 cm H₂O, cavernome portal se drainant dans les varices oesophagiennes, grosse veine splénique courte, duplicité de la veine porte.
- Indication : dérivation impossible (endo phlébite de la veine splénique constatée opératoirement)
- Intervention le 10. 5. 1962 (Docteur HIVET) : splénectomie simple, peu difficile, par voie abdominothoracique gauche.
Poids de la rate : 1 200 g.
- Suites opératoires : épanchement pleural gauche
 - . plaquettes : 600 000
 - . varices oesophagiennes : 0 (diminution)
 - . sortie au 18e jour.
- Histologie du foie : subnormale
- Evolution :
 - . à 1 an : méléna
 - . recul maximum : 2 ans, allait bien.

Observation n° 6 : LE L... Monique, 16 ans.

Thrombose spléno-portale diffuse (peut-être par tuberculose ganglionnaire abdominale).

- Histoire : première hématomèse en 1957 ; 3 hématomèses en 3 ans.
- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur CAROLI)
 - o Biologie hépatique : peu perturbée (+)
 - . prothrombine : 75 %
 - . floculation : (+)
 - . B. S. P. : 25 % à 15' ; 12 % à 45'

- Masse sanguine augmentée : 5 400/4 000 ml
 - Masse plasmatique également : 3 600/2 500 ml
 - Hypersplénisme modéré (+) (150 000 plaquettes)
 - Varices oesophagiennes très importantes (+ + +)
 - Splénoportographie : pression à 30 cm d'H₂O, cavernome de la veine splénique, foie très peu vascularisé.
 - Iléoportographie : pression à 40 cm H₂O, veines mésentérique supérieure et porte non opacifiées (dans le même temps prélèvement d'un ganglion qui se révélera être tuberculeux).
- Indication : impossibilité de dériver
- Intervention : le 6. 8. 1960 (Docteur HIVET) : splénectomie simple, facile, par voie abdominothoracique gauche. Poids de la rate : 1 100 g.
- Suites opératoires : simples.
- Histologie du foie : petite fibrose péricholangitique ; normale par ailleurs.
- Evolution (en comptant en année à partir de l'intervention)
- . à 5 ans : grossesse, accouchement à 7 mois d'un enfant mort-né. Pas d'hémorragie au cours de cette grossesse, malgré des varices oesophagiennes toujours à (+ + +)
 - . à 10 ans : 3 hématoméses traitées médicalement et par sclérose des varices oesophagiennes.
 - . recul actuel : 11 ans, va bien.

Observation n° 7 : THO... Marceau, 46 ans.

Thrombose diffuse spléno-portale

- Histoire : depuis 1953 douleurs abdominales vagues : cholécystectomie en 1966.
- 1968 : 2 hématoméses.
- Bilan pré-opératoire (Hôpital de TROYES : Docteur BEAUGRAND)
- Biologie hépatique : 0

- . prothrombine : 100 %
- . floculation : (+)
- . protides totaux : 72 g/l ; albumine : 46 g/l
- . B. S. P. : 19 % à 15' ; 4 % à 45'

- o Hypersplénisme (+) (120 000 plaquettes)
 - o Varices oesophagiennes (+ + +)
 - o Biligraphie intra-veineuse : normale
 - o Angioportographie : pas de retour veineux.
 - o Splénoportographie : pression à 22 mm Hg, veines splénique et porte non opacifiées, le sang splénique s'évacue vers les varices oesophagiennes.
 - o Iléoportographie (per-opératoire) : pression à 45 cm H₂O, caver-nome portal, thrombose de la veine mésentérique supérieure.
- Indication : dérivation impossible.
- Intervention : le 27. 3. 1968 (Docteur HIVET) splénectomie simple, facile, par voie abdominothoracique gauche. Poids de la rate : 750 g.
- Suites opératoires : suppuration de paroi
- . plaquettes à 350 000
 - . sortie au 19e jour
- Evolution
- . à 1 an : varices oesophagiennes (+ +) (légère diminution)
 - . à 3 ans : hématémèse traitée médicalement avec succès, biologie hépatique normale.
 - . recul actuel : 3 ans, va bien.

Observation n° 8 : DIT... Francisco, 32 ans.

Cirrhose non hémorragique, d'origine indéterminée.

- Histoire : 1961 : anémie, subictère, splénomégalie
- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur CAROLI)
 - o Ascite, très mauvais état général
 - o Foie atrophique.

◦ Biologie hépatique (+ +)

- . prothrombine : 35 %
- . flocculation (+ + +) ; bilirubine : 25 mg/l
- . protides totaux : 70 g/l ; albumine : 35 g/l
- . B. S. P. : 45 % à 15' ; 20 % à 45'
- . ammoniémie normale

◦ Hypersplénisme : (+ +) (100 000 plaquettes)

◦ Masse sanguine augmentée : 6 300/4 200 ml

◦ Masse plasmatique également : 3 700 / 2 300 ml

◦ Varices oesophagiennes : (+ + +)

◦ Splénoportographie : reflux coronaire stomacique

- Indication : très mauvais état général

- Intervention le 25. 10. 1962 (Docteur HIVET) : splénectomie simple, facile, par voie sous costale gauche. Poids de la rate : 1 500 g.

- Suites opératoires : hyperthermie, ascite,

- . plaquettes : 500 000
- . masse sanguine : 4 500/ 4 200 (nettement moins augmentée)
- . masse plasmatique : 2 900/2 600 (nettement moins augmentée).
- . sortie au 20e jour.

◦ Histologie du foie : cirrhose annulaire à petits nodules avec modification importante des Hépatocytes.

- Evolution : perdu de vue après l'intervention.

Observation n° 9 : GAU... Paule, 28 ans.

Cirrhose non hémorragique d'origine indéterminée.

- Histoire : 1957 : découverte d'une splénomégalie avec pancytopenie.
1958 : cirrhose reconnue histologiquement
1962 : poussée de décompensation
1963 : accouchement à 7 mois d'un enfant mort-né.

- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur CAROLI)

- Ascite, mauvais état général
- Foie hypertrophique nodulaire
- Biologie hépatique : (+ +)
 - prothrombine : 50 %
 - floculation : (+ +) ; bilirubine : 34 mg/l
 - protides : 55 g/l
 - B.S.P. : 48 % à 15' ; 27 % à 45'
- Hypersplénisme : (+ +) (plaquettes : 50 000)
- Pas de varice oesophagienne
- Angiographie : anévrysmes intra-spléniques et de l'artère splénique.

- Indication : hypersplénisme, anévrysmes artériels et mauvais état général.

- Intervention : le 5. 1. 1966 (Docteur HIVET) splénectomie simple, facile, par voie médiane sus-ombilicale. Poids de la rate : 1 500 g.

- Suites opératoires : hyperthermie.
plaquettes : 60 000.

- Evolution : perdue de vue après l'intervention.

Observation n° 10 : CAU... Fabien, 41 ans.

Cirrhose non hémorragique d'origine indéterminée.

- Antécédents : ictère à l'âge de 14 ans.
- Histoire : 1964 : hypertrophique hépatique et splénique, ascite.
- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur ANDRE)
 - Foie atrophique, circulation collatérale
 - Biologie Hépatique : (+ + +)
 - prothrombine : 30 %
 - floculation : (+ + +) ; bilirubine : 18 mg/l
 - protides : 64 g/l ; albumine : 26 g/l
 - ammoniémie : 85 (normale : 50)

- Masse sanguine augmentée : 6 600/5 300 ml
- Masse plasmatique également : 4 300/ 3 300 ml
- Hypersplénisme : (+ +) (50 000 plaquettes)
- Varices oesophagiennes : minimes.
- Cavographie : normale
- Angiortographie : vascularisation hépatique d'aspect cirrhotique, retour veineux normal.
- Indication : cirrhose évolutive : pas de dérivation.
- Intervention le 11. 1. 1967 (Docteur HIVET) splénectomie simple facile, par voie sous-costale gauche. Veine ombilicale perméable. Poids de la rate : 1 000 g.
- Suites opératoires : simples.
 - . plaquettes : 250 000
 - . sortie au 21e jour.
- Evolution :
 - . obésité apparue après l'intervention
 - . décédé à 2 ans par insuffisance hépatique déclenchée par une pneumopathie aiguë.

Observation n° 11 : NAI... Roland, 34 ans.

Cirrhose éthylique non hémorragique associée à une pancréatite chronique.

- Histoire : 1960 : poussées de pancréatite
1962 : diabète
1964 : duodéno pancréatectomie céphalique. Rupture de rate au cours de la splénoportographie de contrôle.
- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur CONTE)
 - Bon état général, éthyliste
 - Biologie hépatique : (+)
 - . prothrombine : 50 %
 - . floculation : (+) ; bilirubine : 12 mg/l
 - . protides totaux : 71 g/l ; albumine : 42 g/l

- Pas de varice oesophagienne
- Splénoportographie : pression à 18 mm Hg ; laminage de la veine porte, pas de reflux.
- Indication : rupture de rate au cours de la splénoportographie de contrôle, après duodéno pancréatectomie céphalique.
- Intervention le 12. 12. 1964 (Docteur HIVET) splénectomie simple, facile, par voie médiane sus-ombilicale. Poids de la rate : 250 g.
- Suites opératoires : simples
 - . plaquettes : 300 000
 - . masse sanguine : 4 100/4 100 ml
 - . masse plasmatique : 3 000/ 2 500 ml
- Evolution :
 - . à 3 ans : cirrhose décompensée non hémorragique avec biologie : (+ +), traitée médicalement. Pas de varice oesophagienne.
 - . décédé à 6 ans dans un tableau de cirrhose décompensée avec hématomésés terminales.

Observation n° 12 : COT... Magdalena, 44 ans.

Cirrhose biliaire primitive non hémorragique.

- Histoire : depuis 1950, crises douloureuses abdominales avec ic-
tère et diarrhée ; depuis 1958 se surajoutent un prurit et depuis
1965 des poussées fébriles.
- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur CAROLI)
 - Hypertrophie hépatique, oedème des membres inférieurs
 - Biologie hépatique : 0
 - . prothrombine : 75 %
 - . bilirubine : 18 mg/l
 - . protides totaux : 84 g/l ; albumine : 50 g/l
 - Hypersplénisme : (+) (110 000 plaquettes)
 - Masse sanguine augmentée : 4 000/ 3 400 ml
 - Masse plasmatique également : 2 400/2 200 ml

- Biligraphie intra-veineuse : aucune image
- Angioportographie : pas de retour veineux
- Splénoportographie : axe normal, reflux minime.
- Indication : cirrhose biliaire primitive avec hypertension portale non prédominante.
- Intervention le 10. 11. 1965 (Docteur HIVET) : splénectomie simple facile, par voie médiane sus-ombilicale. Poids de la rate : 750 g.
- Suites opératoires : poussée ictérique marquée et transitoire.
Embolie pulmonaire ?
 - plaquettes : 300 000
 - sortie au 13e jour.
- Histologie du foie : cirrhose annulaire à large bande ; hépatocytes subnormaux ; inflammation importante ; hyperplasie kuppérienne importante : canaux biliaires normaux.
- Evolution : suivie pendant 3 mois, état inchangé.

Observation n° 13 : AME... Marie-Louise, 72 ans.

Cirrhose biliaire lithiasique non hémorragique.

- Histoire : 1950 : colique hépatique
1964 : ictère douloureux, ascite.
- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur CAROLI)
 - Mauvais état général, ascite, ictère
 - Biologie hépatique : (+)
 - prothrombine : 70 %
 - floculation : (+ + +) ; bilirubine : 275 mg/l
 - protides totaux : 40 g/l
 - masse sanguine (3 300 ml) et plasmatique (2 000 ml) : normales
 - hypersplénisme : (+) (130 000 plaquettes)
 - varices oesophagiennes : (+)
 - Splénoportographie : axe libre, reflux coronaire stomachique vers les varices oesophagiennes.

- Indication : cirrhose biliaire avec mauvais état général
- Intervention le 16.2.1965 (Docteur HIVET) : splénectomie facile par voie para médiane droite. Voies biliaires dilatées sur les radios per-opératoires : cholécystectomie, anastomose cholédoco-duodénale. Poids de la rate : 1 750 g.
- Suites opératoires : poussée ictéro-ascitique
 - . ammoniémie : 172 (normale : 100)
 - . plaquettes : 260 000 ; protides : 54 g/l
 - . masse sanguine : 4 000/3 000 ml : augmentée
 - . masse plasmatique : 2 800/1 900 ml : augmentée
 - . sortie au 9e jour.
- Histologie du foie : sclérose très minime, hépatocytes subnormaux, ictère + + +
- Evolution : infection de l'ascite, hypoprotidémie, baisse progressive de l'état général. Décédée 5 mois après l'intervention.

Observation n° 14 : PER... Marie, 56 ans.

Cirrhose méta-ictérique non hémorragique.

- Histoire : 1964 : ictère fébrile
1965 : oedème des membres inférieurs
- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur CAROLI)
 - o. Obésité (93 kg pour 1,60 m)
 - o. Ascite, foie atrophique, subictère
 - o. Biologie hépatique : (+ +)
 - . prothrombine : 40 %
 - . floculation : (+ +) ; bilirubine : 14 mg/l
 - . protides totaux : 66 g/l ; albumine : 30 g/l
 - . B.S.P. : 53 % à 15' ; 22 % à 45'
 - o. Masse sanguine augmentée : 5 600/4 200 ml.
 - o. Masse plasmatique également : 3 600/ 2 600 ml
 - o. Hypersplénisme : (+ +) (50 000 plaquettes)
 - o. Varices oesophagiennes : (+ + +)
 - o. Splénoportographie : axe libre, reflux très important, coronaire vers les varices oesophagiennes, et mésentérique supérieure.

- Indication : cirrhose méta-ictérique avec hypersplénisme.
- Intervention le 6.7.1965 (Docteur HIVET) : splénectomie simple assez facile par voie abdominothoracique gauche. Poids de la rate : 750 g.
- Suites opératoires : hyperthermie, ictère, pleurésie gauche
 - . ammoniémie : 90 (normale : 30)
 - . plaquettes : 100 000.
 - . sortie au 20^e jour.
- Evolution : décédée à 3 mois par insuffisance hépatique.

Observation n° 15 : HAD... Kazem, 28 ans.

Cirrhose méta-ictérique non hémorragique

- Histoire : 1965 : hépatite anictérique
1966 : 2 rechutes.
- Bilan pré-opératoire : (Service du Professeur CAROLI)
 - Foie atrophique à gros nodules
 - Ascite, circulation collatérale
 - Biologie hépatique : (+ +)
 - . prothrombine abaissée
 - . flocculation : (+ + +) ; bilirubine : 26 mg/l
 - . protides : 55 g/l ; albumine : 25 g/l
 - . B.S.P. : 25 % à 45'
 - Hypersplénisme : (+ +) (40 000 plaquettes)
 - Pas de varice œsophagienne
- Indication : cirrhose méta-ictérique avec hypersplénisme
- Intervention le 12.4.1967 (Docteur HIVET) : splénectomie difficile par voie sous-costale gauche. Poids de la rate : 1 500 g.
- Suites opératoires : infection de l'ascite, ictère
 - . plaquettes : 320 000
 - . sortie au 16^e jour
- Evolution : perdu de vue après l'intervention.

Observation n° 16 : MES... Safd, 38 ans.

Cirrhose méditerranéenne non hémorragique ou maladie de Banti au stade 2.

- Histoire : 1966 : découverte d'une splénomégalie à l'occasion d'un syndrome douloureux épigastrique
- Bilan pré-opératoire (Service du Docteur PARAF)
 - o Polyadénopathies
 - o Biologie hépatique : (+)
 - . prothrombine : 100 %
 - . floculation : (+) ; bilirubine : 8 mg/l
 - . protides totaux : 56 g/l ; albumine : 31 g/l
 - . B. S. P. 43 % à 15' ; 4 % à 45'
 - o Pas d'hypersplénisme (200 000 plaquettes)
 - o Pas de varice_oesophagienne
 - o Cavographie normale
 - o Splénoportographie : pression à 23 mm Hg, reflux mésentériques
- Indication : cirrhose méditerranéenne avec baisse per-opératoire de la pression après splénectomie (10 cm H₂O)
- Intervention le 7. 10. 1966 (Docteur HIVET) : splénectomie simple assez facile, par voie médiane sus ombilicale. Poids de la rate : 750 g.
- Suites opératoires : simples
 - . plaquettes : 360 000
 - . sortie_ au 11e jour
- Histologie du foie : sclérose très minime, hépatocytes normaux
- Evolution : à 1 an : tuberculose pulmonaire.
à 4 ans : hématémèse traitée médicalement avec succès ;
va bien dans les mois suivants ; recul maximum : 4 ans

Observation n° 17 : JEM... Sadok, 27 ans.

Cirrhose méditerranéenne non hémorragique ou maladie de Banti (stade 3)

- Histoire : 1968 découverte systématique d'une splénomégalie
- Bilan pré-opératoire : (Service du Professeur KOURILSKY)
 - o Biologie hépatique : (+ + +)
 - . prothrombine : 35 %
 - . floculation : (+ + +) ; bilirubine : 12 mg/l
 - . protides : 62 g/l ; albumine : 29 g/l
 - . B.S.P. : 64 % à 15' ; 40 % à 45'
 - o Hypersplénisme : (+ +) (60 000 plaquettes)
 - o Pas de varice oesophagienne
 - o Angioportographie : aspect de cirrhose, thrombose de la veine splénique ?
- Indication : cirrhose méditerranéenne sans hypertension portale prédominante
- Intervention le 21. 11. 1968 (Docteur HIVET) : splénectomie simple, facile, par voie sous-costale gauche. Poids de la rate : 1 000 g.
- Suites opératoires : ascite
 - . plaquettes : 450 000
 - . sortie au 26e jour
- Histologie du foie : cirrhose micro-nodulaire avec signe de régénération du parenchyme et inflammation importante
- Evolution : décédé à 2 ans de cause inconnue (probablement par insuffisance hépatique).

Observation n° 18 : COU... Jean, 26 ans

Cirrhose méditerranéenne non hémorragique ou maladie de Banti (stade 3)

- Bilan pré-opératoire (Service du Docteur CATTAN)
 - o Foie atrophique

o Biologie hépatique : (+ +)

- . prothrombine : 40 %
- . floculation : (+ +) ; bilirubine : 29 mg/l
- . protides : 69 g/l ; albumine : 35 g/l
- . B.S.P. : 84 % à 15' ; 32 % à 45'

o Hypersplénisme : (+ +) (80 000 plaquettes)

o Varices oesophagiennes : (+ +)

o Splénoportographie : pression à 55 cm H₂O, reflux important vers les varices oesophagiennes, axe portal libre.

- Indication : cirrhose méditerranéenne.

- Intervention le 14.6.1957 (Docteur SOUPAULT) : splénectomie simple, difficile, par voie sou-costale gauche. Poids de la rate : 2 000 g.

- Suites opératoires : simples

- . masse sanguine augmentée : 6 300 / 4 500 ml
- . masse plasmatique aussi : 4 700 / 2 800 ml
- . plaquettes : 300 000.

- Histologie du foie :

- . 1958 : subnormale
- . 1959 : cirrhose
- . 1960 : cirrhose annulaire et nodulaire avec signes de régénération du parenchyme.

- Evolution :

- . 2 ans : 2 hématémèses
- . 3 ans : hématémèse

biologie hépatique : (+ +)

varices oesophagiennes : (+ + +) (augmentation)

- . 18.3.1960 : tentative d'A. P. C. (échec car thrombose de la veine porte).

- . 4.5.1960 : oesogastrectomie polaire supérieure

- . décédé d'hémorragie dans les suites opératoires

recul maximum : 3 ans.

Observation n° 19 : JAC... Jeanne, 54 ans.

Cirrhose hémorragique d'origine indéterminée.

- 1968 : 4 hématémèses, 2 méléna
- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur LEMAIRE)
 - Foie hypertrophique
 - Biologie hépatique : (+)
 - . prothrombine : 80 %
 - . flocculation : (+ + +) ; bilirubine : 27 mg/l
 - . protides : 78 g/l ; albumine : 32 g/l
 - Hypersplénisme : (+)
 - Varices oesophagiennes : (++)
 - Lithiase vésiculaire
 - Splénoportographie : pression à 28 cmH₂O, axe normal, reflux coronaire.
 - Pression intra-hépatique : 55 et 44 cm H₂O
- Indication : dérivation non décidée
- Intervention le 26.2.1959 (Docteur HIVET) : splénectomie simple, facile, par voie médiane. Cholécystectomie pour lithiase.
Poids de la rate : 500 g
- Suites opératoires : suppuration de paroi.
 - . plaquettes : 150 000
 - . sortie au 22e jour
- Histologie du foie : cirrhose à prédominance portale
- Evolution :
 - . à 10 mois : hématémèse - varices oesophagiennes : (+) (diminution)
 - . à 2 ans : hématémèse plus ictère
 - . à 3 ans : hématémèse
 - biologie hépatique : (+ +) (aggravation)
 - . décédé à 4 ans de cause inconnue.

Observation n° 20 : RAD... Louise, 42 ans.

Cirrhose hémorragique d'origine indéterminée

- Histoire : 1958 : 2 hématémèses
1959 : 3 hématémèses
- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur CAROLI)
 - o Biologie hépatique : (+ +)
 - . prothrombine : 50 %
 - . floculation : (+ +) ; bilirubine : 10 mg/l
 - . protides : 64 g/l ; albumine : 31 g/l
 - o Hypersplénisme : (+ +) (90 000 plaquettes)
 - o Masse sanguine augmentée : 5 800/4 400 ml
 - o Masse plasmatique aussi : 4 000/2 800 ml
 - o Varices oesophagiennes : (+)
 - o Splénoportographie : pression à 45 cm H₂O, axe libre, reflux coronaire et dans la veine ombilicale perméable.
- Indication : dérivation non décidée.
- Intervention le 17. 10. 1959 (Docteur HIVET) : splénectomie simple, difficile, par voie médiane plus oblique du flanc gauche.
Poids de la rate : 700 g.
- Suites opératoires : épanchement pleural gauche. Etat subfébrile.
 - . plaquettes : 450 000
 - . masse sanguine 4 800/4 400 (moins augmentée)
 - . masse plasmatique : 3 500/2 800 (moins augmentée)
 - . sortie au 26e jour.
- Histologie du foie : stéatose diffuse
- Evolution
 - . 1 an : varices oesophagiennes : (+ + +) (augmentation)
 - . 4 ans : décompensation de cirrhose.
 - biologie hépatique : (+ + +)
 - varices oesophagiennes : (+ + +)
 - . décédée à 5 ans par défaillance hépatique au cours d'un syndrome abdominal fébrile.

Observation n° 21 : JOR... Angel, 59 ans.

Cirrhose hémorragique d'origine indéterminée.

- Histoire : 1958 : hématémèse
1959 : hématémèse
1960 : 2 hématémèses
- . 24. 2. 1961 : Intervention (Docteur HIVET) : anastomose porto-cave termino-latérale.
- . 27. 3. 1961 : splénoportographie de contrôle : rupture de rate.
- Bilan pré-opératoire : (Service du Professeur CAROLI)
 - Assez bon état général avant l'anastomose porto-cave termino-latérale
 - Biologie hépatique : (+ +)
 - . prothrombine : 45 %
 - . flocculation : (+ + +) ; bilirubine : 28 mg/l
 - . protides : 60 g/l ; albumine : 30 g/l
 - . B.S.P. : 57 % à 15' ; 38 % à 45'
 - . ammoniémie : 145 (normale : 30)
 - Masse sanguine augmentée : 4 600/3 900 ml
 - Masse plasmatique aussi : 3 000/2 300 ml
 - Hypersplénisme : (+) (130 000 plaquettes)
 - Varices oesophagiennes : (+ + +) (avant A. P. C. T. L.)
 - Splénoportographie :
 - . avant A. P. C. T. L. : pression à 15 mm Hg ?
axe libre, reflux minime
 - . après A. P. C. T. L. : anastomose perméable.
- Indication : plaie de la rate par splénoportographie de contrôle après A. P. C. T. L.
- Intervention le 27. 3. 1961 (Docteur HIVET) : splénectomie simple, par voie abdominothoracique gauche.
- Histologie du foie : cirrhose annulaire à bandes grêles, parenchyme subnormal, pas d'inflammation.
- Suites opératoires : pleurésie gauche, hyperthermie, ictère, coma hépatique.
 - . masse sanguine subnormale : 3 400/3 800 ml
 - . masse plasmatique normale : 2 300/2 300 ml

. ammoniémie : 190 (normale : 90).

- décédé au 7e jour post-opératoire par défaillance hépatique.

Observation n° 22 : PIN... Henri, 53 ans.

Cirrhose hémorragique d'origine indéterminée

- Histoire : 1962 : 1 hématomèse, 1 méléna

1963 et 1964 : hématomèse

1965 : 1 hématomèse, 2 méléna

. 24. 6. 1965 : Intervention (Docteur HIVET) anastomose porto-cave termino-latérale. Splénoportographie per-opératoire : hémorragie intra abdominale dans les suites immédiates par plaie de la rate au cours de la splénoportographie.

- Bilan pré-opératoire : (C. H. U. - ROUEN ; Docteur DELAPORTE)

o Biologie hépatique : (+)

. prothrombine : 45 %

. floculation : (+) ; bilirubine : 8 mg/l

. protides : 75 g/l ; albumine : 45 g/l

. B. S. P. : 47 % à 15' ; 5 % à 45'

o Hypersplénisme : (+ +) (40 000 plaquettes)

o Masse plasmatique un peu élevée : 2 750/2 500 ml

o Masse sanguine subnormale : 4 150/4 050 ml

o Varices oesophagiennes : (+ + +)

o Splénoportographie (dans le même temps que l'anastomose porto cave le 24. 6. 1965) : échec.

- Indication : rupture de rate après splénoportographie.

- Intervention le 25. 6. 1965 (Docteur ABRAT) : splénectomie simple, facile, par voie sous-costale gauche. Syndrome hémorragique diffus en fin d'intervention. Poids de la rate : 600 g.

- Suites opératoires : décédé le jour même par persistance du syndrome hémorragique.

- Histologie du foie : cirrhose très discrète.

Observation n° 23 : BAR... William, 65 ans.

Cirrhose hémorragique d'origine indéterminée.

- Histoire : 1960 : hématoméme
1963 : hématoméme, ascite, troubles psychiques
1964 : 1 hématoméme, 1 méléna
1965 : hématoméme
- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur JUSTIN-BESANCON)
 - o Biologie hépatique : (+)
 - . prothrombine : 100 %
 - . floculation : 0 ; bilirubine : 15 mg/l
 - . protides : 63 g/l ; albumine : 36 g/l
 - . B. S. P. : 46 % à 15' ; 18 % à 45'
 - o Hypersplénisme : (+ +) (80 000 plaquettes)
 - o Masse sanguine augmentée : 5 100/ 4 600 ml
 - o Masse plasmatique aussi : 3 300/2 800 ml
 - o Varices oesophagiennes : (+) (1963)
 - o Angioportographie : pas de retour veineux
 - o Splénoportographie : pression à 40 cm H₂O, axe portal libre, shunt porto-cave spontané important, opacifiant la veine cave.
- Indication : anastomose porto-cave refusée, anastomose spléno-rénale impossible (thrombose de la veine splénique reconnue opératoirement).
- Intervention le 27. 1. 1966 (Docteur HIVET) splénectomie simple, difficile, par voie abdomino-thoracique gauche. Poids de la rate 300 g.
- Histologie du foie : cirrhose possible
- Suites opératoires :
 - . 3e jour : hématoméme
plaquettes : 200 000
masse sanguine diminuée : 3 700/4 600 ml
masse plasmatique aussi : 2 200/2 800 ml
 - . 7e jour : décédé par nouvelle hématoméme
Vérification : pas de cause évidente à cette hémorragie.

Observation n° 24 : MAN... Pierre, 46 ans.

Hépatome malin sur cirrhose hémorragique d'origine indéterminée

- Histoire : 1961 : méléna
1962 et 1965 : poussée d'ascite
1967 : 5 hématémèses.
 - Bilan pré-opératoire : (Service du Docteur PARAF)
 - Foie hypertrophique
 - Ascite
 - Biologie hépatique : (+ +)
 - . prothrombine : 45 %
 - . floculation : (+ + + +) ; bilirubine : 25 mg/l
 - . protides : 70 g/l ; albumine : 30 g/l
 - . B.S.P. : 80 % à 15' ; 43 % à 45'
 - . ammoniémie : normale.
 - Hypersplénisme : (+) (100 000 plaquettes)
 - Masse sanguine élevée : 5000/4 200 ml
 - Masse plasmatique aussi : 3 700/2 600 ml
 - Pas de varice_oesophagienne
 - Angio-portographie : axe portal normal
 - Splénoportographie : pression à 55 cm H₂O, axe portal normal
reflux minime, veine ombilicale perméable.
 - Indication : constatation per-opératoire d'un nodule malin du lobe gauche faisant récuser une dérivation.
 - Intervention le 29. 11. 1967 : splénectomie simple (Docteur HIVET), facile, par voie sous-costale gauche. Poids de la rate : 300 g.
 - Histologie du foie : hépatome malin
 - Suites opératoires : ictère, ascite, encéphalopathie porto-cave, cachexie progressive.
 - . plaquettes : 100 000
- Décédé au 22e jour post-opératoire.

Observation n° 25 : TOR... Auguste, 48 ans.

Cirrhose éthylique hémorragique.

- Histoire : août 1964 : asthénie, puis 3 hématoméses
rupture de rate après splénoportographie.
- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur SIGUIER)
 - Foie hypertrophique à gros nodules
 - Biologie hépatique : (+)
 - . prothrombine : 100 %
 - . floculation : (+ +) ; bilirubine : 11 mg/l
 - . protides : 72 g/l
 - . B.S.P. : 34 % à 15' ; 16 % à 45'
 - Pas de varice oesophagienne, mais gastrite.
 - Splénoportographie : axe normal, reflux mésentérique inférieure.
- Indication : rupture de rate après splénoportographie.
- Intervention : le 15.9.1964 (Docteur HIVET) : splénectomie simple très difficile, par voie médiane sus-ombilicale. Foie cirrhotique. Poids de la rate : 500 g.
- Suites opératoires : simples.
 - . plaquettes : 250 000
 - . sortie au 14e jour
- Evolution
 - . à 3 mois : 3.12.1964 : Intervention (Docteur HIVET) :
Anastomose porto-cave Terminale-Latérale, après iléoportographie montrant un axe portal normal.
 - . perdu de vue à 2 ans : allait très bien.

Observation n° 26 : BOR... Stanis, 49 ans.

Cirrhose éthylique hémorragique

- Histoire : 1964 : asthénie, hématomèse
rupture de rate après splénoportographie.

- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur CAROLI)

- Bon état général, foie hypertrophique
- Biologie hépatique : (+ +)
 - . prothrombine : 55 %
 - . flocculation : (+ + +) ; bilirubine : 7 mg/l
 - . protides : 76 g/l ; albumine : 26 g/l
 - . B.S.P. : 42 % à 15' ; 16 % à 45'
- Hypersplénisme : (+) (100 000 plaquettes)
- Masse sanguine diminuée : 3 100/4 600 ml
- Masse plasmatique diminuée : 2 300/2 800 ml
- Varices oesophagiennes : (+)
- Splénoportographie : pression à 30 mm Hg, reflux important dans les varices oesophagiennes, axe portal libre.

- Indication : rupture de rate après splénoportographie.

- Intervention le 11.2.1965 (Docteur HIVET) : splénectomie simple, difficile, par voie sous-costale gauche. Pas d'anastomose porto-cave dans le même temps, faute de sang. Poids de la rate : 500 g.

- Suites opératoires : ictère et troubles psychiques régressifs, ascite fébrile avec diarrhée (pyléphlébite ?)

- . plaquettes : 300 000
- . ammoniémie : 110 (normale : 45)
- . masse sanguine subnormale : 4 600/4 700 ml
- . volume plasmatique normal : 2 900/2 900 ml
- . sortie au 11e jour

- Histologie du foie : cirrhose à bande grêle, parenchyme peu altéré, inflammation modérée.

- Evolution : à 4 mois : intervention le 9.6.1965 (Docteur HIVET) anastomose porto-cave termino-latérale.

Iléoportographie per-opératoire d'aspect normale, avec une pression à 35 cm H₂O ; mais il existe cependant une thrombose partielle de la veine porte obligeant à une désobstruction pour réaliser l'anastomose porto-cave termino-latérale. Suites opératoires marquées par un subictère fébrile, des troubles psychiques. Sortie au 19e jour.

- . recul maximum : 8 mois : allait bien.

Observation n° 27 : STE... Victor, 44 ans.

Cirrhose éthylique hémorragique.

- Histoire : 1961 : hématémèse
1965 : hématémèse
- . 9. 1. 1965 : intervention (Docteur HIVET) : anastomose porto-cave termino-latérale en urgence. Suites opératoires : ictère ascite, fièvre, encéphalopathie porto-cave. Sortie au 24e jour.
- Bilan pré-opératoire (Service du Docteur PARAF)
 - o Bon état général
 - o Biologie hépatique : (+ + +)
 - . prothrombine : 25 %
 - . floculation : (+ + + +) ; bilirubine : 20 mg/l
 - . protides : 52 g/l
 - . B. S. P. : 100 % à 15' ; 38 % à 45'
 - . ammoniémie normale
 - o Hypersplénisme : (+ +) (90 000 plaquettes)
 - o Splénoportographie : pression à 28 mm Hg (égale à la pression avant anastomose porto-cave), anastomose perméable, pas de reflux.
- Indication : hypersplénique persistant après A. P. C. T. L.
- Intervention le 6. 10. 1966 (Docteur HIVET) : splénectomie simple facile, par voie sous-costale gauche. Poids de la rate : 750 g. A noter un anévrysme de l'artère splénique.
- Suites opératoires : infection urinaire
 - . plaquettes : 250 000
 - . sortie au 12e jour
- Histologie du foie : cirrhose de Laënnec micro-nodulaire avec stéatose.
- Evolution : décédé à 4 mois par insuffisance hépatique.

Observation n° 28 : DES... Robert, 56 ans.

Cirrhose éthylique hémorragique.

- Histoire : 1968 et 1969 : hématomose

- . 14. 3. 1969 : anastomose porto-cave termino-latérale (Dr HIVET), suites opératoires simples.
- . 1970 : 1 méléna, 1 hématomose (thrombose probable de l'anastomose).

- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur CONTE)

o Ethylisme chronique

o Biologie hépatique : (+)

- . prothrombine : 100 %
- . floculation : (+) ; bilirubine : 13 mg/l
- . protides : 63 g/l ; albumine : 38 g/l
- . B. S. P. : 57 % à 15' ; 13 % à 45'

o Hypersplénisme : (+ +) (40 000 plaquettes)

o Varices oesophagiennes : (+) avant A. P. C. T. L. (février 1969),
(+ +) après A. P. C. T. L. (septembre 1970)

o Angiportographie :

- . avant anastomose porto-cave : axe portal normal
- . septembre 1970 : anastomose non visible (thrombose probable)

- Indication : hypersplénisme après échec d'anastomose porto-cave

- Intervention le 2. 10. 1970 (Docteur HIVET) splénectomie simple.

- Suites opératoires : suppuration de paroi, épanchement de la base droite, méléna, plaquettes : 250 000

- . masse sanguine augmentée : 5 500/4 700 ml
- . masse plasmatique aussi : 3 500/2 800 ml
- . sortie au 26e jour

- Histologie du foie : cirrhose hypertrophique avec parenchyme peu altéré

- Evolution : à 5 mois : méléna traité médicalement avec succès
recul actuel : 6 mois.

Observation n° 29 : CHA... Samuel, 39 ans

Cirrhose éthylique hémorragique avec thrombose de la
veine splénique au hile de la rate.

- Histoire : 1959 : troubles dyspeptiques
1961 : hématurie, splénomégalie
1962 : hématurie, hyperthermie, troubles psychiques
1963 : mélénie
- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur CAROLI)
 - o Foie atrophique, éthyliste
 - o Biologie hépatique assez fortement perturbée : (+ +)
 - . prothrombine : 40 %
 - . floculation : (+ + +) ; bilirubine : 25 mg/l
 - . protides totaux : 69 g/l ; albumine : 42 g/l
 - . B. S. P. : 71 % à 15' ; 41 % à 45'
 - . ammoniémie : 90
 - o Masse sanguine augmentée : 5 200 / 4 200 ml
 - o Masse plasmatique augmentée : 3 200 / 2 600 ml
 - o Hypersplénisme important : (+ +) (60 000 plaquettes)
 - o Varices oesophagiennes : (+)
 - o Splénoportographie : pression à 37 cm H₂O, cavernome du hile de la rate s'évacuant dans les varices oesophagiennes et en para-vertébral dans la veine cave et peut-être la veine rénale gauche.
 - o Iléoportographie (per-opératoire) : pression à 25 cm H₂O, mésentérique supérieure normale ; veine porte très petite, reflux dans la veine splénique.
- Indication : dérivation impossible techniquement.
- Intervention le 13. 3. 1963 (Docteur HIVET) : splénectomie simple très difficile par voie abdominothoracique gauche. Iléoportographie per-opératoire. Poids de la rate : 600 g.
- Suites opératoires : fibrinolyse en fin d'intervention réagissant au traitement médical,
 - . ascite transitoire
 - . plaquettes : 110 000
 - . masse sanguine diminuée : 3 500 / 4 100 ml
 - . masse plasmatique diminuée : 2 300 / 2 500 ml
 - . ammoniémie normale

. diminution légère des varices oesophagiennes. Sortie au 21^e jour

- Histologie du foie : subnormale ? (prélèvement sous capsulaire)
- Evolution : décédé à 3 mois de défaillance hépatique après un mé-léna.

Observation n° 30 : CHA... Roger, 37 ans.

Cirrhose méta-ictérique hémorragique.

- Histoire : 1959 : ictère viral prolongé
de 1959 à 1963 : 5 rechutes
1966 : hématomérose
- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur CAROLI)
 - Foie hypertrophique
 - Biologie hépatique : (+ +)
 - . prothrombine : 50 %
 - . flocculation : (+ + +) ; bilirubine : 6 mg/l
 - . protides : 62 g/l ; albumine : 28 g/l
 - . B. S. P. : 48 % à 15' ; 22 % à 45'
 - . ammoniémie : 150 (normale : 70)
 - Hypersplénisme : (+ +) (80 000 plaquettes)
 - Masse sanguine augmentée : 6 000/4 700 ml
 - Masse plasmatique augmentée : 4 000/ 2900 ml
 - Varices oesophagiennes : (+ +)
 - Angioportographie : axe portal normal
 - Splénoportographie (per-opératoire) : échec
- Indication : anastomose spléno-rénale impossible techniquement (veine splénique trop petite). Cirrhose méta-ictérique.
- Intervention le 1. 12. 1966 (Docteur HIVET) : splénectomie simple, facile, par voie abdomino-thoracique gauche. Syndrome hémorragique diffus en fin d'intervention. Poids de la rate : 500 g.
- Suites opératoires : phlébite du membre inférieur gauche (mis à l'HEPARINE), épanchement pleural gauche.

- . plaquettes : 350 000
- . ammoniémie : 140 (normale : 60)
- . sortie au 25e jour.
- Histologie du foie : cirrhose annulaire périlobulaire marquée, avec altérations parenchymateuses assez importantes
- Evolution : à 1 an : hématémèse, tétanie
 - biologie hépatique : (+ +) (stationnaire)
 - angioportographie : axe veineux normal
- . décédé à 2 ans par hématémèse.

Observation n° 31 : DEL... Noelline, 64 ans.

Cirrhose méditerranéenne hémorragique, ou maladie de Banti (stade 2).

- Histoire : 1957 : méléna
- Bilan pré-opératoire (Service du Professeur LEMAIRE)
 - o Biologie hépatique : (+)
 - o Pas d'hypersplénisme (200 000 plaquettes)
 - o Varices oesophagiennes : (+ +)
 - o Splénoportographie : pression à 45 cm H₂O, axe veineux normal avec reflux important dans les varices oesophagiennes et dans la veine ombilicale perméable.
- Indication : cirrhose méditerranéenne, dérivation non décidée malgré une pression encore élevée après splénectomie.
- Intervention le 7. 1. 1958 (Docteur HIVET) : splénectomie simple, par incision de Grégoire gauche. Pression après splénectomie 50 cm H₂O. Avant splénectomie : artériographie splénique per-opératoire montrant des anastomoses artério-veineuses anormales.
- Suites opératoires : hémothorax gauche minime.
 - . plaquettes : 300 000
 - . varices oesophagiennes : (+) (diminution)
 - . sortie au 13e jour
- Histologie du foie : cirrhose discrète débutante (surtout péri-portale)

- Histologie de la rate : fibro-adénite de type Banti

- Evolution :

. pressions trans-hépatiques :

(à 1 mois : 26 cm H₂O
(à 5 mois : 37 cm H₂O
(à 10 mois : 15 cm H₂O
(

. à 5 ans

varices oesophagiennes : (+) (diminution)
pas d'hémorragie

. décédé à 9 ans d'un cancer généralisé sans avoir ressaigné.

Observation n° 32 : TIL... Félix, 57 ans.

Cirrhose méditerranéenne hémorragique ou maladie de Banti (stade 3)

- Histoire : 1951 et 1953 : hématomèse

1956 : hématomèse, pas de cirrhose ni de
varice oesophagienne

1958 : hématomèse

- Bilan pré-opératoire (Service du Docteur POUMAILLOUX)

◦ Foie hypertrophique

◦ Biologie hépatique : (+)

. prothrombine : 65 %

. floculation : (+) ; bilirubine : 7 mg/l

. protides 60 g/l ; albumine : 35 g/l

◦ Hypersplénisme : (+) (100 000 plaquettes).

◦ Varices oesophagiennes : (+)

SPG : pression à 40 cm H₂O, axe normal

réflux vers les varices oesophagiennes.

- Indication : anastomose spléno-rénale non faite car difficile techniquement.

- Intervention le 28. 5. 1958 (Docteur HIVET) : splénectomie simple, très difficile, par incision de Grégoire à gauche. Poids de la rate : 750 g.
 - Suites opératoires : suppuration de paroi
 - . plaquettes : 450 000
 - . varices oesophagiennes : (+) (Inchangées)
 - . Masse sanguine normale : 4 800/ 4 800 ml
 - . Masse plasmatique augmentée : 3 700/2 700 ml
 - . Sortie au 24e jour
 - Histologie du foie : cirrhose annulaire avec nodules hyperplasiques
 - Histologie de la rate : aspect compatible avec une maladie de Banti
 - Evolution : 1 an : retravaille, varices oesophagiennes : (+)
 - 2 ans : hématémèse
 - 3 ans : 2 hématémèses, 3 mélénas
 - . Intervention : 1. 12. 1961 (Docteur HIVET) A. P. C. T. L. et cholécystectomie,
 - 4 ans : reprise du travail
 - 5 ans : va très bien
 - biologie hépatique : (+) (stationnaire)
 - . décédée à 9 ans d'un ictus cérébral sans avoir ressaigné après son anastomose porto-cave termino-latérale (il y a 6 ans).
-

PROBLEMES COMMUNS

A TOUTES LES OBSERVATIONS

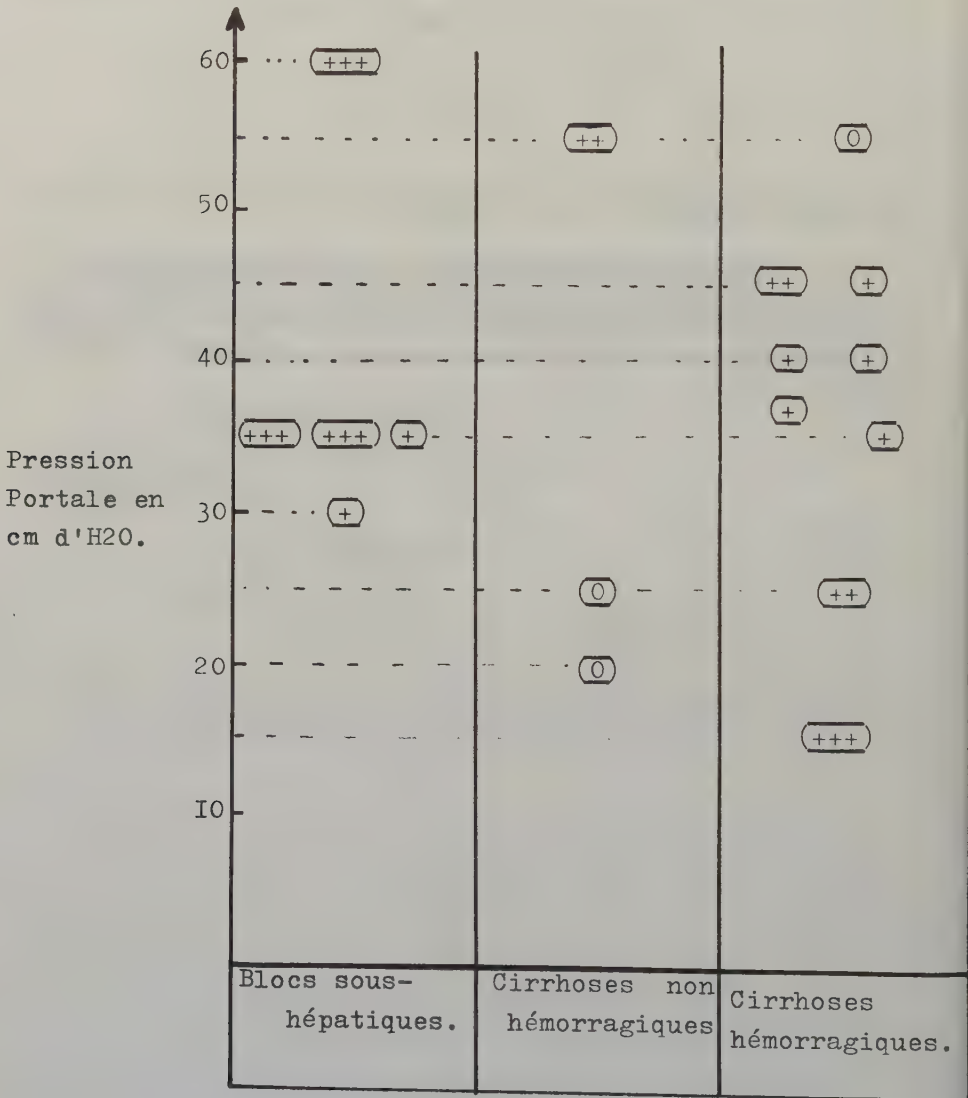
Un certain nombre d'éléments ont été étudiés en premier car ils sont communs à tous les malades.

Les rapports entre pression portale, hémorragies et varices oesophagiennes ont été étudiés en premier. Les rapports entre l'importance de la pression portale et l'importance des varices oesophagiennes décelées radiologiquement, sont rassemblées dans le TABLEAU N° 1.

(Voir page suivante).

Tableau n° 1.

Rapports entre Pression Portale et VO radiologiques.



- (+): Importance des VO. (Varices Oesophagiennes)

Celui-ci ne met pas en évidence de parallélisme franc entre le degré d'hypertension portale et l'importance des varices oesophagiennes. Ceci est particulièrement évident dans les cirrhoses hémorragiques. Le paradoxe de ces résultats peut être trouver une explication dans les faits que les varices oesophagiennes et leur grosseur ne sont décelées qu'imparfaitement par la radiographie et que les mesures de pression portale peuvent être faussées par des erreurs techniques.

Les rapports entre la pression portale et le risque hémorragique sont mis en évidence dans le tableau suivant : (n° 2)

	Nbre de cas	% d'hémorragie	Pression portale moyenne en cm d'H ₂ O
Blocs sous hépatiques	5	100	39
Cirrhoses non hémorragiques	3	0	33
Cirrhoses hémorragiques	10	100	37

Ainsi il n'y a pas de différence significative entre les moyennes de la pression portale des divers groupes, alors qu'il y a une différence de 100 % quant à la fréquence des hémorragies dans ces mêmes groupes ; ce qui permet de dire que le risque hémorragique n'est pas parallèle à l'importance de la pression portale. Par contre lorsqu'on étudie les rapports entre l'existence et l'importance des varices oesophagiennes d'une part et le risque hémorragique d'autre part on constate qu'il existe un certain parallélisme entre les varices oesophagiennes et le risque hémorragique.

Rapport entre V.O. et Risque Hémorragique				
	Nbre de cas.	Importance moyenne des V.O. en +	% de cas <u>avec</u> V.O.	% d'Hémorragie
Blocs sous-hépatiques	7	1,6 (+)	70 %	100 %
Cirrhoses non hémorragiques	11	1 (+)	45 %	0
Cirrhoses hémorragiques	13	1,5 (+)	85 %	100 %

Tableau n° 3.

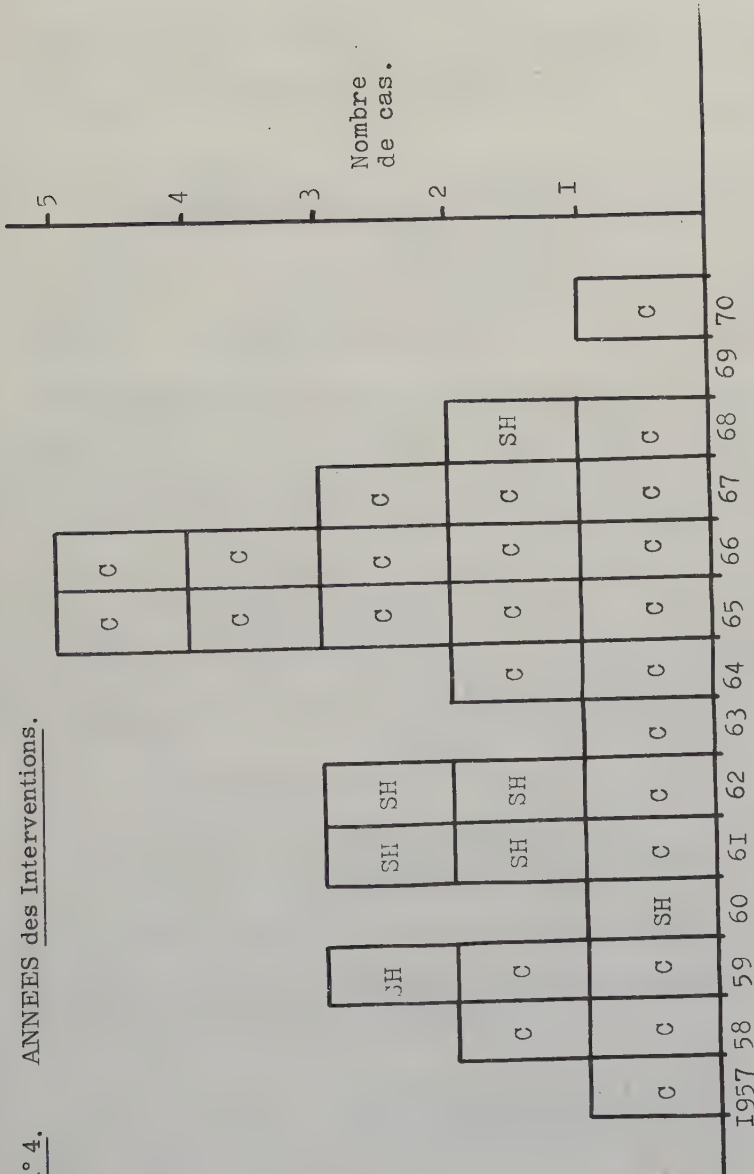
Le tableau suivant n° 4) montrant la répartition des malades en fonction de l'année de leur splénectomie, montre un pic pour les années 1965 - 1966 et une chute après, qui peut s'expliquer par le fait que la splénectomie a de moins en moins les faveurs des médecins et des chirurgiens.

L'étude de la voie d'abord en fonction des années n'a rien montré de significatif.

Les 3 grandes voies d'abord ont été, la voie sous-costale gauche (9 fois), la voie abdominothoracique gauche (10 cas) et la voie médiane abdominale (9 cas).

(Voir tableau page suivante).

Tableau n° 4. ANNEES des Interventions.



- SH : blocs Sous-Hépatiques.

- C : Cirrheses.

L'étude de la voie d'abord en fonction de la difficulté rencontrée et du poids de la rate est résumée dans le tableau n° 5.

Tableau n° 5.

Rapports entre VOIE D'ABORD, DIFFICULTES OPERATOIRES
et POIDS de la RATE.

Tableau N°:5. Rapports entre VOIE d'ABORD, DIFFICULTES OPERATOIRES et
POIDS de la RATE.

Voie d'abord.	Poids de la RATE en grammes.									
	200	400	600	800	1000	1200	1400	1600	1800	2000
GREGOIRE G.				<u>D</u>						
PARA-MEDIANE D.									F	
ABDOMINO- THORACIQUE G.				F						
9 cas. 3 <u>D</u>	<u>D</u>	F	<u>D</u>	F	F	<u>D</u>				F
SOUS-COSTALE G.					F		<u>D</u>			
9 cas. 3 <u>D</u>	F	<u>D</u>	F	F	F		F			<u>D</u>
MEDIANE.		<u>D</u>	<u>D</u>	F						
8 cas. 3 <u>D</u>	F	F	<u>D</u>	F			F			
	200	400	600	800	1000	1200	1400	1600	1800	2000
	Poids de la rate en grammes.									

- F : Splénectomie Facile.

- D : Splénectomie Difficile.

Ce tableau montre que la difficulté n'est pas forcément en rapport avec le poids de la rate (6 cas difficiles sur 9 avaient des rates de moins de 800 g). Cette difficulté n'est pas non plus en rapport direct avec la voie d'abord puisque dans chaque groupe de voie d'abord il y a la même proportion de cas difficiles (1/3 environ). Néanmoins il semble préférable lorsque les difficultés sont prévisibles, ou que la rate est très grosse, de prendre une grande voie d'abord (grande incision sous-costale ou mieux abdominothoracique).

Les complications post-opératoires sont rassemblées dans tableau n° 6. Dans ce tableau, il est évident que les complications sont survenues essentiellement dans les cirrhoses, et plus particulièrement dans les cirrhoses hémorragiques. De plus, ces complications ont été pour la plupart en rapport direct avec la cirrhose (ictère, ascite et encéphalopathies représentent 19 complications sur un total de 45 complications).

Les autres complications ont surtout été l'hyperthermie d'origine souvent imprécise (6 cas), les épanchements pleuraux, la plupart du temps à gauche, souvent en rapport avec la voie d'abord abdominothoracique (4 épanchements pleuraux gauches après 9 incisions abdominothoraciques et parmi les 7 complications pleurales).

La durée des suites opératoires, c'est-à-dire la durée du séjour dans le service du Professeur J. GOSSET, après l'intervention et jusqu'à la sortie soit de l'hôpital soit vers le service de Médecine d'origine, a été en moyenne de 18,6 jours pour l'ensemble des malades. Dans chaque groupe la durée des suites opératoires a été la suivante :

- blocs sous-hépatiques : 17 jours
- cirrhoses non hémorragiques : 18 jours
- cirrhoses hémorragiques : 19 jours

ce qui correspond à peu près au même chiffre pour chaque groupe.

Tableau n° 6.

COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

	Hémorragie digestive	Ictère	Ascite	Fièvre	Epanch. pleural	Suppur. paroi	EPC	Phlébite +/- Embolie	Autres	TOTAL
Blocs sous- Hépat. 7 cas					+ (VA) 1 cas	+ 1 cas				2 cas
Cirrhoses non hémor. 11 cas		+	+	+			+			
		+	+	+			+	+	+	
		+	+	+						17 cas
		4 cas	4 cas	4 cas	1 cas		2 cas	1 cas	1 cas	
Cirrhoses hémorrag. 14 cas		+			+	+	+			
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	26 cas
		+			+(VA)					
	+		+	+	+(VA)	+	+		+	
	2 cas	3 cas	2 cas	2 cas	5 cas	4 cas	4 cas	1 cas	3 cas	

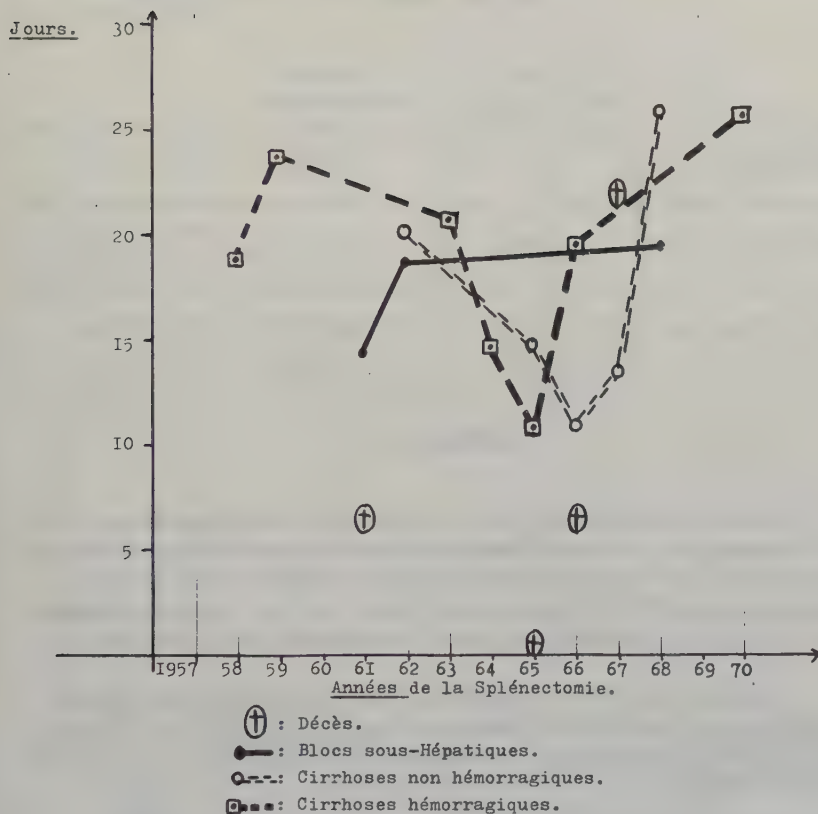
(VA) : en rapport avec la Voie d'Abord

4 décès post-opératoires (dans les cirrhoses hémorragiques).

Le tableau n° 7 rassemble les durées moyennes des suites opératoires. Le tableau montre que la première semaine post-opératoire est assez critique puisque 3 décès sur 4 sont survenus lors de cette période.

Tableau n° 7

DUREE des SUITES OPERATOIRES.



L'influence de la splénectomie sur les volumes plasmatique, globulaire et sanguin total est résumée dans le tableau n° 8.

INFLUENCE DE LA SPLENECTOMIE
SUR LES MASSES SANGUINE, PLASMATIQUE et GLOBULAIRE

	Valeurs par rapport à la normale		Diminution après splénectomie
	Avant splénectomie	Après splénectomie	
Masse sanguine	120 %	110 %	10 %
Masse plasmatique	130 %	120 %	10 %
Masse globulaire	106 %	94 %	12 %

Tableau n° 8

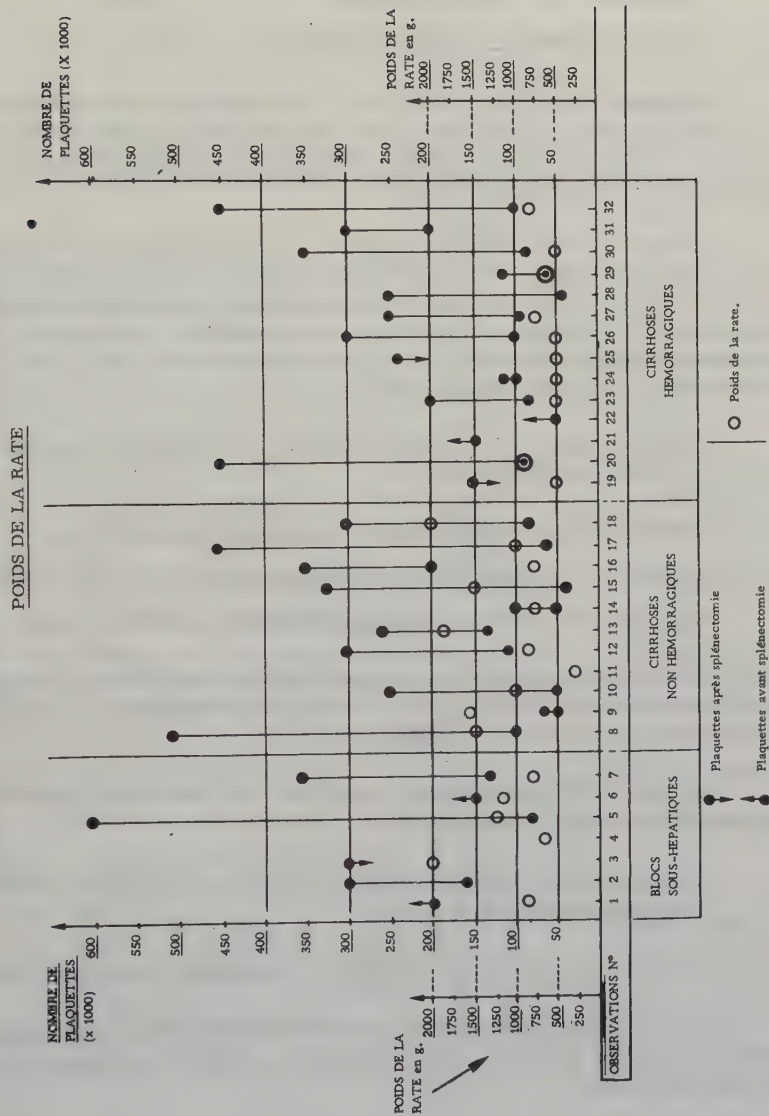
Avant splénectomie, ces volumes sont augmentés par rapport à la normale. La splénectomie entraîne une diminution absolue de tous ces volumes si bien que le volume globulaire se trouve légèrement au-dessous de la normale alors que les volumes plasmatique et sanguin total restent encore au-dessus de la normale.

En dernier lieu les rapports entre le poids de la rate et l'hypersplénisme ont été étudiés ainsi que l'augmentation des plaquettes après splénectomie. Le tableau n° 9 rassemble tous les éléments de cette étude.

Le poids moyen des rates a été de :

- blocs sous hépatiques : 1 050 g (6 cas)
- cirrhoses non hémorragiques : 1 200 g (11 cas)
- cirrhoses hémorragiques : 600 g (11 cas)

Tableau n° 9. PLAQUETTES AVANT ET APRES SPLENECTOMIE.



Le chiffre moyen des plaquettes avant l'intervention a été de :

- blocs sous hépatiques : 140 000 (5 cas)
- cirrhoses non hémorragiques : 90 000 (10 cas)
- cirrhoses hémorragiques : 90 000 (11 cas)

Ceci permet de dire que les cirrhoses hémorragiques ont les plus petites rates et pourtant l'hypersplénisme le plus important, donc qu'il n'existe pas de parallélisme entre le poids de la rate et l'importance de l'hypersplénisme.

Lorsque l'on considère le poids de la rate et l'hypersplénisme en fonction de chaque étiologie dans les cirrhoses, on s'aperçoit qu'il existe même un parallélisme inverse entre le poids de la rate et l'hypersplénisme. (Tableau n° 10) et ceci se retrouve aussi pour les blocs sous-hépatiques considérés dans leur ensemble. Ce parallélisme inverse est objectivé dans le tableau n° 11.

Après splénectomie le nombre des plaquettes a toujours augmenté. Il est passé en moyenne :

- dans les blocs sous hépatiques de 140 à 375 000
- dans les cirrhoses non hémorragiques de 90 à 300 000
- et dans les cirrhoses hémorragiques de 90 à 270 000

Ce sont les cirrhoses méditerranéennes qui ont récupéré un nombre de plaquettes le plus élevé (370 000) mais l'hypersplénisme avant splénectomie était modéré (130 000 plaquettes).

Deux cas de "récupération abusive" ont été notés (tous deux étaient des blocs sous hépatiques) :

- un cas avec thrombocytémie à 4 millions qui s'est normalisé rapidement à 300 000
- un autre cas avec un chiffre de plaquettes à 600 000 stable

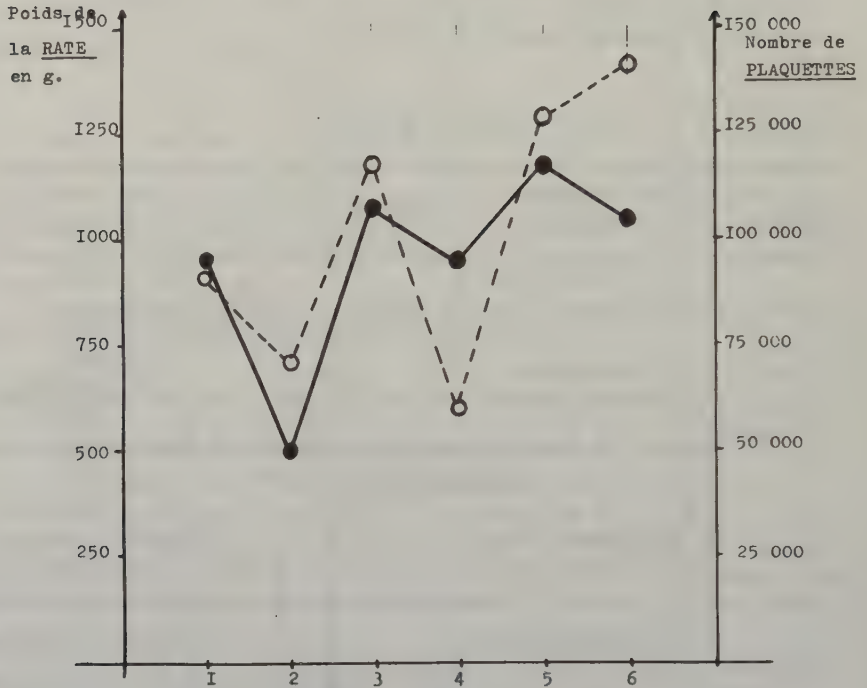
Ces chiffres élevés de plaquettes doivent faire craindre une thrombose veineuse (portale en particulier) et faire instituer un traitement anticoagulant.

Tableau n° 10. POIDS DE LA RATE, en grammes.

<u>900</u>	8	Cirrhoses d'origine indéterminée.	<u>1300</u>	3	5	<u>600</u>	Cirrhoses d'origine indéterminés.
<u>500</u>	5	Cirrhoses Ethyliques	<u>300</u>	1	4	<u>600</u>	Cirrhoses Ethyliques.
<u>1100</u>	2	Cirrhoses Biliaires.	<u>1100</u>	2	0		
<u>900</u>	3	Cirrhoses Méta-Ictériques.	<u>1100</u>	2	1	<u>500</u>	Cirrhoses Méta-Ictériques.
<u>1200</u>	4	Cirrhoses Méditerranéennes.	<u>1300</u>	3	1	<u>800</u>	Cirrhoses Méditerranéennes.
Moyenne dans chaque étiologie.	Nb Cas	<u>Cirrhoses non hémorragiques.</u>		Nb Cas	Nb Cas		<u>Cirrhoses hémorragiques.</u>
Nombre de PLAQUETTES AVANT Splénectomie (X 1000)							
<u>85</u>	8	Cirrhoses d'origine indéterminée?	<u>70</u>	3	5	<u>90</u>	Cirrhoses d'origine indéterminée.
<u>70</u>	4	Cirrhoses Ethyliques		0	4	<u>70</u>	Cirrhoses Ethyliques.
<u>120</u>	2	Cirrhoses Biliaires.	<u>120</u>	2	0		
<u>60</u>	3	Cirrhoses Méta-Ictériques.	<u>45</u>	2	1	<u>80</u>	Cirrhoses Méta-Ictériques.
<u>130</u>	5	Cirrhoses Méditerranéennes.	<u>110</u>	3	2	<u>160</u>	Cirrhoses Méditerranéennes.

Tableau n° 11.

POIDS DE LA RATE et HYPERSPLENISME.



1 : Cirrhoses d'origine indéterminée.

2 : Cirrhoses Ethyliques.

3 : Cirrhoses Biliaires.

4 : Cirrhoses Méta-Ictériques.

5 : Cirrhoses Méditerranéennes.

6 : Blocs sous-Hépatiques.

● : RATE.

○ : PLAQUETTES.

Dans la série d'observations 3 cas de thrombose portale après splénectomie ont été trouvés (observations n° 3, 18 et 26). De nombreux auteurs croient également au risque de thrombose au niveau du système porte après splénectomie.

A l'inverse deux cas n'ont pas vu leur nombre de plaquettes augmenter suffisamment. Il s'agit de deux cirrhoses d'origine indéterminée (1er cas : de 50 à 60 000 plaquettes, 2e cas de 100 à 110 000 plaquettes).

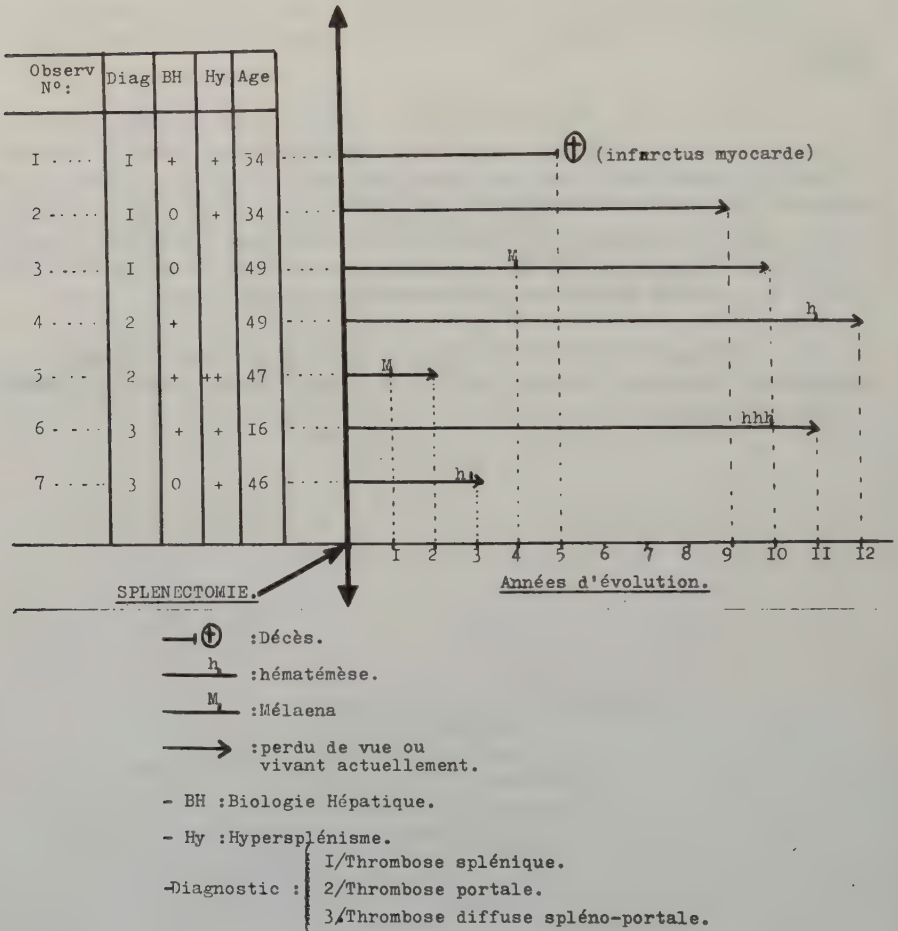
Il faut donc éviter de faire des splénectomies pour hypersplénisme dans ces cirrhoses car le résultat espéré ne peut pas se produire.

Un dernier problème reste à examiner : c'est celui de la grossesse chez une femme ayant une hypertension portale. Deux observations répondent à ce cas (observations n° 6 et 9). Aucune de ces femmes n'a présenté d'hémorragie digestive au cours de leur grossesse, ce qui contredit les auteurs qui pensent que la grossesse est un facteur d'aggravation de l'hypertension portale (d'après HENDRY). 1969, il y a 82 % d'hémorragies pendant la grossesse).

Néanmoins ces femmes ont accouché prématurément à 7 mois d'enfants mort-nés et d'autre part deux cas ne suffisent pas à porter un jugement.

Tableau n° 12.

Tableau récapitulatif des BLOCS SOUS-HEPATIQUES.



LA SPLENECTOMIE DANS LES BLOCS SOUS HEPATIQUES.

Les résultats de la splénectomie dans les blocs sous-hépatiques doivent être jugés avec un recul minimum de 3 ans, étant donné la lenteur d'évolution de cette maladie.

Les résultats d'ensemble ont été les suivants :

- 1) Thromboses isolées de la veine splénique : 3 cas
 - . 2 bons (9 ans et 5 ans sans hémorragie)
 - . 1 moyen (récidive hémorragique à 4 ans)
- 2) Cavernome portal : 2 cas
 - . 1 moyen : (récidive hémorragique à 11 ans)
 - . 1 mauvais (récidive hémorragique à 1 an)
- 3) Thrombose diffuse spléno-portale : 2 cas
 - . 2 moyens (récidives hémorragiques à 10 ans et 3 ans)

Au total : sur 7 cas, 6 ont été suivis plus de 3 ans, 5 vont bien malgré avoir fait en moyenne une récidive hémorragique, 1 est mort d'infarctus du myocarde.

Les résultats ont été ensuite examinés en fonction du recul :

A 3 ans, les résultats sont les suivants :

- 1) thrombose de la veine splénique : 3 cas
 - . 3 bons : 100 %
- 2) cavernome portal : 2 cas
 - . 1 bon : 50 %
 - . 1 mauvais (récidive hémorragique à 1 an)
- 3) thrombose diffuse : 2 cas
 - . 1 bon : 50 %
 - . 1 mauvais (R H à 3 ans)

Soit au total : 7 cas

- . 5 bons : 71 %
- . 2 mauvais (R H à 1 et 3 ans)

A 5 ans les résultats sont les suivants :

- 1) thrombose de la veine splénique : 3 cas
 - . 2 bons : 66 %
 - . 1 mauvais (R H à 4 ans)
- 2) cavernome portal : 2 cas
 - . 1 bon : 50 %
 - . 1 mauvais (R H à 1 an)
- 3) thrombose diffuse : 2 cas
 - . 1 bon : 50 %
 - . 1 mauvais (R H à 3 ans)

Soit au total : 7 cas

- . 4 bons : 57 %
- . 3 mauvais : (R H à 1, 3, 4 ans)

Les résultats à 6 ans ont été les suivants :

- 1) thrombose de la veine splénique : 2 cas
 - . 1 bon : 50 %
 - . 1 mauvais (R H à 4 ans)
- 2) cavernome portal : 2 cas
 - . 1 bon : 50 %
 - . 1 mauvais (R H à 1 an)
- 3) thrombose diffuse : 2 cas
 - . 1 bon : 50 %
 - . 1 mauvais : (R H à 3 ans)

Soit au total : 6 cas

- . 3 bons : 50 %
- . 3 mauvais : (R. H. à 1, 3 et 4 ans)

Enfin les résultats à 10 ans

- 1) thrombose isolée de la veine splénique : 1 cas
 - . 1 mauvais (R H à 4 ans)
- 2) cavernome portal : 2 cas
 - . 1 bon : 50 %
 - . 1 mauvais (R H à 1 an)
- 3) thrombose diffuse : 2 cas
 - . 2 mauvais (R H à 3 et 10 ans)

Soit au total : 5 cas

- . 1 bon : 20 %
- . 4 mauvais (R H à 1, 3, 4 et 10 ans)

Ces résultats sont rassemblés dans le tableau suivant : tableau n°13.

	3 ans	Bons résultats à		10 ans	Récidives Hémorragiques
		5 ans	6 ans		
Thromboses de la veine splénique	100 %	66 %	50 %	0 %	33 %
Cavernome portaux	50 %	50 %	50 %	50 %	100 %
Thromboses diffuses splénoportales	50 %	50 %	50 %	0 %	100 %
<u>Globalement</u>	<u>71 %</u>	<u>57 %</u>	<u>50 %</u>	<u>20 %</u>	<u>70 %</u>

Ce tableau montre bien que l'action de la splénectomie (si elle existe) s'affaiblit considérablement avec les années.

Les récidives hémorragiques ont été extrêmement fréquentes : 70 % des cas (soit 5 R H à 1, 3, 4, 10 et 11 ans).

Ces récidives hémorragiques néanmoins sont survenues assez tardivement après splénectomie (en moyenne 6 ans après) ; elles ont été le plus souvent uniques (1 seul cas a fait 3 hématémèses à 10

ans, les 4 autres n'ont fait qu'une hémorragie en moyenne au bout de 5 ans). Enfin si ces hémorragies sont très fréquentes, elles ne semblent pas graves puisque aucune n'a entraîné une sanction chirurgicale ou le décès.

La survie des malades a été assez longue puisqu'elle est de 7 ans, en considérant tous les cas, et de 8, 3 ans en ne considérant que les cas qui sont suivis jusqu'à maintenant. Ce chiffre d'ailleurs ne peut que s'améliorer puisque tous ces malades sont bien portants actuellement.

L'étude du rythme des hémorragies avant et après splénectomie est fort intéressante. Le délai moyen entre la première hémorragie et la splénectomie est de 5 ans avec des extrêmes de 1 mois et 22 ans ! (si on enlève le cas exceptionnel de 22 ans, les autres malades ont été opérés 1, 5 ans après leur première hémorragie).

Avant la splénectomie, chaque cas a fait en moyenne 3 hémorragies.

Le tableau n° 14, montre la fréquence des hémorragies avant et après splénectomie.

	Délai entre 1re H. et splénectomie	Nombre d'H. avant splénectomie	Nombre d'H. <u>par an avant</u> splénectomie	Nombre d'H. <u>par an après</u> splénectomie	Conclusion
Thromboses isolées de la veine splénique	2, 4 ans	1, 7	0, 7	<u>0,05</u>	très efficace
Cavernomes portaux	11 ans	6	0, 5	0, 14	efficace
Thromboses diffuses	1, 5 ans	2, 5	<u>1, 7</u>	0, 3	efficace
<u>Globalement</u>	5 ans	3	<u>0, 7</u>	<u>0, 13</u>	efficace

Tableau n° 14.

Ce tableau montre d'une part que les thromboses diffuses saignent plus souvent que les autres groupes, contrairement à ce que pensent certains auteurs (LEVY : 1969), d'autre part, et surtout, que la splénectomie ralentit considérablement le rythme des hémorragies, surtout dans les thromboses isolées de la veine splénique.

L'état hépatique de ces malades était bon en général. Quatre malades cependant avaient une biologie hépatique faiblement perturbée (BH = +), mais les résultats obtenus chez ces malades ont été comparables à ceux obtenus chez les malades ayant une biologie parfaitement normale. Donc une légère atteinte hépatique est fréquente mais sans valeur péjorative.

La même chose se retrouve dans l'étude de l'histologie du foie. Deux cas sur quatre (50 %) avaient une très légère sclérose hépatique et leur évolution a été comparable à celle des autres. D'autre auteurs ont également trouvé une sclérose minime assez fréquente (L. LEGER : 47 % sur 17 cas, MAGRE : 18 % sur 11 cas).

La longue survie de ces malades peut s'expliquer en partie par leur bon état hépatique (ce qui sera l'inverse dans les cirrhoses).

Dans les antécédents susceptibles de fournir une étiologie à ces blocs sous hépatiques, il n'a été retrouvé que :

- 1 cas de phlébite à bascule avec embolie pulmonaire, 15 ans avant la première hémorragie !

- 1 cas de pancréatite découverte 6 ans avant la première hémorragie.

- 1 cholécystectomie 2 ans avant la première hémorragie pour un syndrome épigastrique sans lithias vésiculaire, évoluant depuis plusieurs années.

Si bien qu'à part le cas de pancréatite, on peut dire que l'étiologie exacte des thromboses n'a pas été retrouvée.

Les circonstances de découverte ont toujours été des hémorragies digestives (5 hématémèses et 2 mélénas). Une fois cette hémorragie a évoqué d'emblée une thrombose sur le système porte et a été traitée par pose d'une sonde de Blakemore et traitement anti-coagulant.

Ainsi l'hémorragie inaugurale est le mode de découverte le plus fréquent comme l'ont montré également PARAF (17 sur 21) et MAGRE (7 cas sur 10).

L'ascite dans les blocs sous hépatiques est assez rare (PARAF : 6 cas sur 21, BAGGENSTOSS : 5 cas sur 15, MAGRE : 2 cas sur 10, VIDEAU : 1 cas sur 9).

L'observation n° 4 est le seul cas de la série. Cette ascite pré-opératoire a disparu après splénectomie avec un recul de 12 ans. Il s'agissait d'un cavernome portal avec une pression portale pré-opératoire à 65 cm d'eau, (ce qui est le chiffre le plus élevé de tous les cas).

Cette pression est restée à 55 cm d'eau en per-opératoire après splénectomie. Ce fait n'établit pas un rapport direct entre l'importance de l'hypertension portale et l'existence d'une ascite dans les blocs sous hépatiques. De toute façon, l'existence d'une ascite dans l'observation n° 4 n'a pas constitué un élément péjoratif pour l'évolution (va bien 12 ans après la splénectomie, après avoir fait une seule hématomèse au bout de 11 ans).

L'action de la splénectomie sur les varices oesophagiennes a été certaine dans l'immédiat, puisque ces varices ont diminué d'importance 3 fois sur 5 dans les suites immédiates. Par contre sur 4 cas suivis à distance, seulement un cas a vu ses varices encore diminuées au bout de 2 ans, 2 autres ont eu des varices égales au bout de 4 ans et 10 ans, et dans un dernier cas les varices ont augmenté sur un contrôle fait 3 ans après splénectomie. La splénectomie n'a donc pas d'action sur l'importance des varices oesophagiennes dans les blocs sous-hépatiques. Ce fait est d'ailleurs confirmé par d'autres auteurs (alpha : P. MARION).

Les indications posées pour les cas d'hypertension par bloc sous hépatique ont été les suivantes :

- 1) thromboses isolées de la veine splénique : indication typique
- 2) cavernomes portaux : les dérivations spléno rénales ont été impossibles (1 fois parce que la veine splénique était trop petite, l'autre fois parce qu'elle était de mauvaise qualité).
- 3) thromboses diffuses spléno portales : toute dérivation était impossible et la splénectomie a été faite en considérant qu'on ne pouvait faire mieux.

Les résultats obtenus ont été comparés à ceux obtenus par d'autres auteurs et d'autres interventions.

Le rythme moyen spontané des hémorragies est de :

- . 0,40 par an (MADDREY, 5 cas suivis 1 an)
- . 0,58 par an (PARAF et CHALUT)
- . 0,66 par an (THESE)

La survie moyenne spontanée après la première hémorragie est de :

- . 10 ans (alpha : P. MARION)
- . 9,51 ans (RATNOFF)
- . 8 ans (PARAF)

La survie moyenne de nos malades a été de 12 ans (5 ans entre la première hémorragie et l'intervention plus 7 ans après l'intervention) ce chiffre devant d'ailleurs croître avec le temps, puisqu'il porte sur 7 cas dont un est mort, un autre perdu de vue et 5 vivants et bien portants actuellement.

Donc : il semble que la splénectomie prolonge la survie des blocs sous hépatiques acquis. Ceci est encore confirmé par L. LEGER qui fait état de 4 splénectomies avec une survie après intervention de 13 ans.

Comparaison avec les splénectomies des autres auteurs.

- 1) thrombose isolée de la veine splénique

Auteurs	Nombre de cas	Bons résultats
L. LEGER	2 cas	100 % à 3 ans
JEKLER (1965)	2 cas	100 % à 7 ans
SAUBIER (1967)	11 cas	100 % à ?
THESE : OBSERVATIONS PERSONNELLES	3 cas	100 % à 3 ans 50 % à 7 ans

Tableau n° 15.

Conclusions : résultats comparables.

- 2) cavernomes portaux : Tableau n° 16.

	Nombre de cas	Bons résultats à 3 ans	Date des récurrences hémorragiques	Bons résultats à 5 ans	Date des R H à 5 ans
L. LEGER	7 cas 4 suivis	50 %	1 an 3 ans	25 %	1 an + 4 ans
THESE : OBSERVAT. PERSONNELLES	2 cas	50 %	1 an	50 %	Idem

- 3) thromboses diffuses spléno-portales : Tableau n° 17

	Nombre de cas	Recul	% de récidives hémorragiques
BELLI (1969)	2	3 ans	50 %
THESE : OBSERVATIONS PERSONNELLES	2	3 ans	50 %

Donc : résultats identiques

- 4) blocs sous hépatiques globalement : Tableau n° 18

	Nombre de cas	Mortalité opératoire	R.H.	Date de la 1re R.H.	Recul moyen après splénectomie.
MADDREY (1968)	12	8 %	40 %	2 ans	2 ans
THESE : OBSERVATIONS PERSONNELLES	7	0 %	70 %	6 ans	7 ans

Là encore, les chiffres sont comparables, car si la période d'observation des malades de MADDREY avait été plus longue, il y aurait probablement eu d'autres hémorragies et les pourcentages de récidives hémorragiques tendraient alors à s'égaler. Il faut cependant noter que ces récidives hémorragiques sont survenues plus précocément que dans nos observations.

La splénectomie a ensuite été comparée aux autres interventions entrant dans le cadre du traitement de l'hypertension portale par bloc sous-hépatique acquis.

- 1) comparaison avec la transection de l'oesophage.

Tableau n° 19.

	Nbre de cas	Durée d'observation	Mortalité opératoire	Décès par Hémorragie	R. H.
WALCHER (1964, α)	24	?	0	13 %	50 %
THESE : OBSERV. PERSONNELLES	7	7 ans	0	0 %	70 %

Les auteurs englobent le plus souvent dans leurs statistiques les blocs sous-hépatiques et les cirrhoses, si bien qu'il est difficile de connaître les résultats de la transection oesophagienne dans les blocs sous hépatiques. Néanmoins, il semble que si les récidives hémorragiques sont un peu moins fréquentes, elles sont par contre plus souvent mortelles après transection de l'oesophage ; ce qui permet de dire que cette intervention n'est pas meilleure.

- 2) Comparaison avec la ligature des varices oesophagiennes :

Tableau n° 20

	Récidives hémorragiques à 3 ans.
GROSS-HORAK (α)	50 %
BELLI (1969)	30 - 40 %
THESE = OBSERVATIONS PERSONNELLES	29 %

Donc : cette intervention n'est pas meilleure.

Tableau N°:2I.

	Nombre de cas	Mortalité opératoire	Bons résult. à 3 ans	Décès par H. à 3 A.	Récid. H. à 3 ans	Bons résult. à 5 ans	Décès par H. à 5 A.	Récid. H. à 5 ans
HUNT (d)	25	0						
d	31	16%						
MACKBY (d)	2		100%		0			
MAILLARD (d)	2		50%	50%	50%			
BOEREMA (d)	15	7%	86%	7%	7%	67%	7%	26%
HUNT (1963, d)	4	0	75%	0	0	75%	0	0
P. MARION (1963, d)	5	0	80%	20%	20%			
BERNSEIN (1969)	5					60%	20%	40%
<u>MOYENNE</u> <u>PROPORTION-</u> <u>NELLE.</u>		7%	82%	12%	11%	66%	9%	25%
<u>THESE</u>	7	0	71%	0	29%	57%	0	43%

- 3) comparaison avec l'oesogastrectomie polaire supérieure :
Tableau n° 21.

Au total : la gastrectomie polaire supérieure semble donner des résultats légèrement meilleurs malgré une mortalité opératoire supérieure et le fait que les récurrences hémorragiques sont souvent mortelles, parce que ces mêmes récurrences hémorragiques sont plus rares. Cependant, les inconvénients de l'oesogastrectomie polaire supérieure (déficit pondéral et oesophagite peptique) et le fait qu'elle est souvent d'une réalisation technique très difficile, nous la font placer au même rang d'efficacité que la splénectomie simple.

- 4) comparaison avec l'anastomose spléno-rénale : Tableau n° 22.

	Nombre de cas	Décès post- opératoire	Décès par hémorrag.	Bons résultats à 3 ans	R. H. à 3 ans	Bons résultats à 6 ans	Bons résultats à 10 ans
BLAKEMORE (1954, α)		7,2 %					
LINTON (α)		4 %					
SANTY (α)		4 %					
α	254	3 %					
HUNT (α)	4	0	0	100 %	0	100 %	
P. MARION (α)	7	14 %	14 %	71 %	14 %	71 %	71 %
MADDREY (1968)	11	9 %		73 %	18 %		
HIVET (1967)	5	0					
Moyenne proportion.		3,3 %	9 %	<u>77 %</u>	13 %	81 %	<u>71 %</u>
Clin. Chirurg. Pr J. GOSSET	7	0	0	<u>71 %</u>	29 %	50 %	<u>20 %</u>

Conclusion : l'anastomose spléno-rénale donne des résultats nettement meilleurs à long terme (après 3 ans)

Le seul fait regrettable est que ces anastomoses ne sont pas toujours réalisables techniquement (4 cas de notre série).

5 - la comparaison avec les autres dérivations porto-cave radicales et en particulier avec la dérivation mésentérico-cave est difficile à établir car la littérature manque de chiffres et de recul dans les blocs sous-hépatiques. La dérivation mésentérico-cave semble néanmoins donner d'au moins aussi bons résultats que l'anastomose spléno-rénale et constitue de plus une ressource thérapeutique supplémentaire non négligeable dans le traitement de l'hypertension portale par bloc sous hépatique acquis, car ces deux dérivations peuvent se compléter et être associées.

LA SPLENECTOMIE DANS LES CIRRHOSSES ACQUISES

Les cirrhoses ont été étudiées en dernier. Elles ont été divisées en 2 groupes :

- 1) Les cirrhoses non hémorragiques (c'est-à-dire n'ayant pas saigné avant la splénectomie) : 11 cas comprenant :
 - . 3 cirrhoses d'origine indéterminée
 - . 1 cirrhose éthylique
 - . 2 cirrhoses biliaires
 - . 2 cirrhoses méta-ictériques
 - . 3 cirrhoses méditerranéennes

- 2) Les cirrhoses hémorragiques : 14 cas comprenant :
 - . 6 cirrhoses d'origine indéterminée
 - . 5 cirrhoses éthyliques
 - . 1 cirrhose méta-ictérique
 - . 2 cirrhoses méditerranéennes

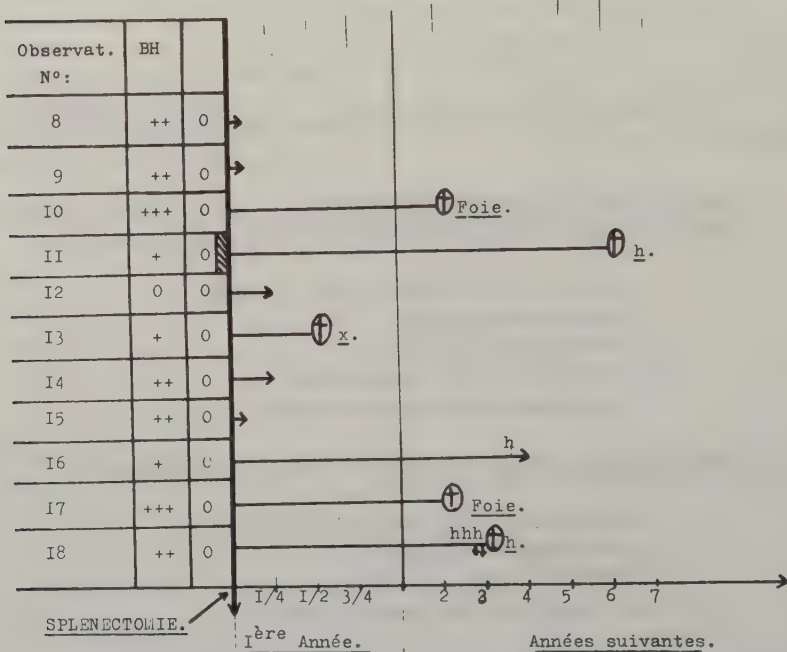
Les résultats sont consignés sur les tableaux 23 et 24.
Globalement sur 25 cas :

- . 5 ont été perdues de vue après splénectomie
- . 4 sont morts dans les suites opératoires
- . 16 ont été suivis entre 3 mois et 9 ans.

Les indications posées ont été les suivantes :

- . 5 fois pour rupture de rate
- . 5 fois pour cirrhoses méditerranéennes, pour lesquelles une dérivation n'a pas semblé possible ou n'a pas été décidée lorsqu'elle était possible.
- . 4 fois parce qu'une dérivation était impossible
- . 2 fois parce que la dérivation porto-cave n'a pas été décidée
- . 2 fois pour hypersplénisme persistant après anastomose porto-cave
- . 7 fois pour des raisons diverses (5 fois à la demande des médecins pour 2 cirrhoses biliaires, 2 cirrhoses

Tableau n° 23. RECAPITULATIF des CIRRHOSES NON HEMORRAGIQUES.



BH: Biologie Hépatique.

0 : Splénectomie isolée dans l'évolution.

⊕ Foie : Décès par insuffisance hépatique.

⊕ h. : Décès par hémorragie.

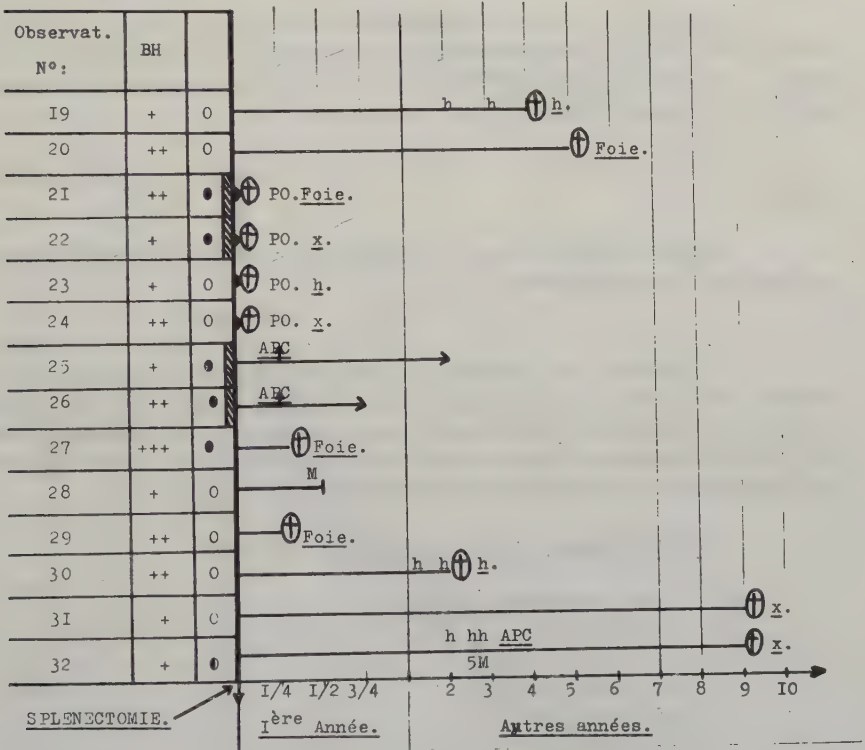
⊕ x. : Décès par autre cause.

h : hématemèse.

→ : Autre intervention.

→ : Perdu de vue.

Tableau n° 24. RECAPITULATIF des CIRRHOSES HEMORRAGIQUES.



● : Splénectomie associée à une APC au cours de l'évolution.

APC : Anastomose Porto-Cave.

M : Mélaena.

⊕ PO : Décès post-opératoire.

— : Vivant actuellement.

▨ : Splénectomie pour rupture de rate après SPG.

méta-ictérique et 1 cirrhose d'origine indéterminée ; une fois sur la découverte per-opératoire d'un cancer du foie et une dernière fois en raison d'un état général trop mauvais).

Les décès post-opératoires ont été assez fréquents : 4 cas sur 25 cirrhoses, soit 16 %. Il s'agissait dans tous les cas de cirrhoses d'origine indéterminée, hémorragiques.

Dans deux cas, la splénectomie avait été faite en urgence pour plaie de la rate après splénoportographie et les malades sont morts, l'un de défaillance hépatique, l'autre de la persistance d'un syndrome hémorragique intra-abdominal.

Dans un autre cas il s'agissait d'un cancer sur foie cirrhotique.

Dans le dernier cas, le décès est survenu par récurrence hémorragique (hématémèse).

La survie a été étudiée en tenant compte des décès post-opératoires et sans tenir compte des malades perdus de vue. Cette survie a été calculée globalement, par groupe, par étiologie et dans les cas où la splénectomie a été la seule intervention chirurgicale. Les résultats sont rassemblés dans les Tableaux 25 et 26.

- Survie globale de tous les cas : 25 cas

- . post-opératoire : 84 %
- . à 3 mois : 77 %
- . à 6 mois : 65 %
- . à 1 an : 61 %
- . à 2 ans : 45 %
- . à 3 ans : 35 %
- . à 4 ans : 29 %
- . à 5 ans : 19 %
- . à 6 ans : 13 %
- . à 7 ans : 13 %
- . à 8 ans : 13 %
- . à 9 ans : 0 %

- Survie des splénectomies isolées dans l'évolution : 19 cas.

- . post-opératoire : 89 %
- . à 3 mois : 80 %
- . à 6 mois : 70 %
- . à 1 an : 70 %
- . à 2 ans : 46 %

Tableau n° 25. SURVIE.

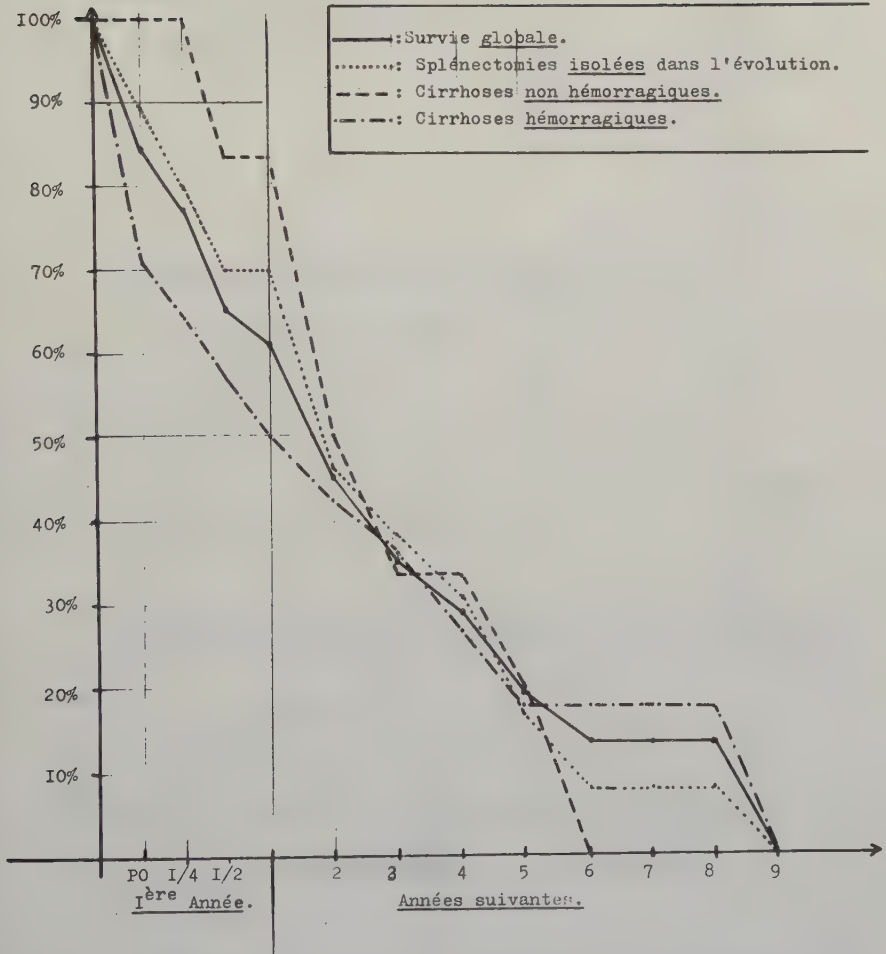
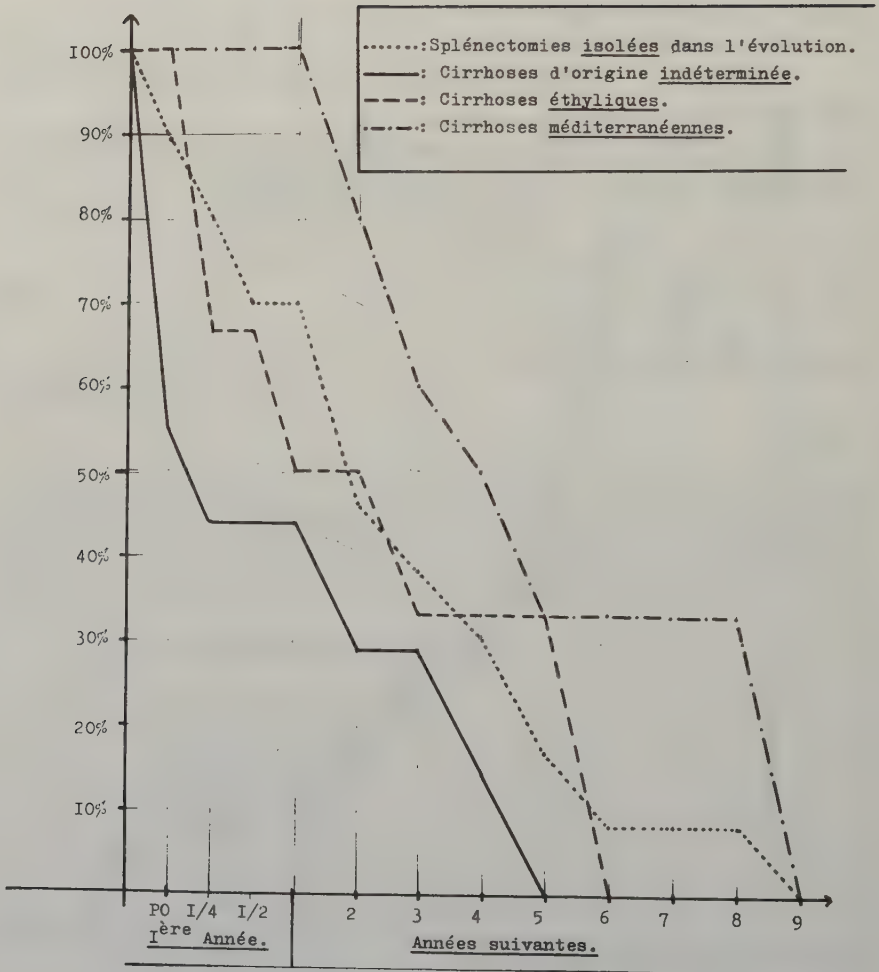


Tableau n° 26. SURVIE.



- . à 3 ans : 38 %
- . à 4 ans : 31 %
- . à 5 ans : 17 %
- à 6, 7, 8 ans : 8 %
- . à 9 ans : 0 %

- Survie des cirrhoses non hémorragiques : 11 cas

- . Post-opératoire : 100 %
- . 3 mois : 100 %
- . 6 mois : 83 %
- . 1 an : 83 %
- . 2 ans : 50 %
- . 3 ans : 33 %
- . 4 ans : 33 %
- . 5 ans : 20 %
- . 6 ans : 0 %

- Survie des cirrhoses hémorragiques : 14 cas

- . Post-opératoire : 71 %
- . 3 mois : 64 %
- . 6 mois : 57 %
- . 1 an : 50 %
- . 2 ans : 42 %
- . 3 ans : 36 %
- . 4 ans : 27 %
- 5, 6, 7, 8 : 18 %
- . 9 ans : 0 %

- Survie des cirrhoses hémorragiques avec splénectomie isolée dans l'évolution : 9 cas

- . Post-opératoire : 78 %
- . 3 mois : 67 %
- . 6 mois : 67 %
- . 1 an : 62 %
- 2, 3 ans : 50 %
- . 4 ans : 28 %
- 5, 6, 7, et 8 ans : 14 %
- . 9 ans : 0 %

Au total : la survie globale à 5 ans est d'environ 20 % ; elle est de 50 % à 1 an dans les cirrhoses non hémorragiques. La survie à 1 an est donc meilleure dans les cirrhoses non hémorragiques mais la survie éloignée est à peu près la même dans chaque groupe.

- Survie des cirrhoses d'origine indéterminée : 9 cas

- . Post-opératoire : 55 %

. 3 mois	: 43 %
. 1 an	: 43 %
2, 3 ans	: 29 %
. 4 ans	: 14 %
. 5 ans	: 0 %

Les cirrhoses d'origine indéterminée ont donc eu la survie la plus mauvaise.

- Survie des cirrhoses éthyliques : 6 cas

. Post-opératoire	: 100 %
. 3 mois	: 67 %
. 6 mois	: 67 %
1, 2 ans	: 50 %
3, 4, 5 ans	: 33 %
. 6 ans	: 0 %

Donc : survie dans la moyenne de l'ensemble.

- Survie des cirrhoses méditerranéennes (4 cas de splénectomie isolée dans l'évolution)

. 1 an	: 100 %
. 2 ans	: 80 %
. 3 ans	: 60 %
5, 6, 7, 8 ans	: 33 %
. 9 ans	: 0 %

Donc : survie nettement supérieure à la moyenne de l'ensemble. Ce fait est d'ailleurs confirmé par VALDONI (1961, α) et SUGIURA (1961, α). Ce dernier pense même que le pronostic des cirrhoses méditerranéennes est meilleur après splénectomie qu'après dérivation (ceci sera infirmé plus loin).

Les résultats de la splénectomie avant anastomose porto-cave (3 cas) semblent assez bons. Deux fois la splénectomie a été faite 3 mois avant la dérivation avec de bons résultats à 9 mois et 2 ans ; une fois la splénectomie a été faite 3 ans avant la dérivation avec un bon résultat 9 ans après la splénectomie.

Ces résultats semblent contradictoires avec la littérature, néanmoins il convient de préciser que 2 fois la dérivation a été faite très tôt après splénectomie et que dans l'observation n° 18, l'anastomose porto-cave n'a pas été possible en raison d'une thrombose portale 3 ans après splénectomie. En conclusion, il faut donc éviter la splénectomie avant la dérivation. Si celle là est faite néanmoins, (pour rupture de rate après S P G, comme dans les observations 25 et 26) la dérivation devra suivre rapidement.

La splénectomie après A P C (4 cas) a donné de mauvais résultats : 50 % de décès post-opératoire, 1 décès à 3 mois par insuffisance hépatique, 1 récurrence hémorragique à 6 mois chez un malade actuellement vivant. Ces résultats sont aussi contraires à certaines données de la littérature mais doivent néanmoins mettre en garde contre la splénectomie réalisée après anastomose porto-cave.

Au cours de l'évolution les décès ont été fréquents : 16 morts dont 5 parmi les cirrhoses non hémorragiques suivies et 11 parmi les cirrhoses hémorragiques suivies. Les causes de ces décès sont portées sur le tableau n° 26 bis.

Tableau n° 26 bis : Fréquence et Causes des décès

	Hémorragie	Défaillance hépatique	Autre cause
Cirrhoses non hémor- ragiques : 5 décès sur 11	2	2	1
Cirrhoses hémor- ragiques : 11 décès sur 14	3	4	4
Total :	5 # 1/3	6 # 1/3	5 # 1/3
	11 cas = 69 %		
PALMER (1961) 40 cas	80 %		

Donc, (comme le confirme PALMER) la cause la plus fréquente des décès est en rapport avec la maladie hépatique.

La survie a ensuite été étudiée en fonction de la biologie hépatique.

Les résultats sont rassemblés sur le Tableau n° 27.

- Survie des cas ayant une biologie hépatique normale ou faiblement perturbée (B H = 0 ou +) : 11 cas :

- . Post-opératoire : 82 %
- . 3 mois : 70 %
- . 6 mois : 70 %
- 1, 2 ans : 66 %
- . 3 ans : 62 %
- . 4 ans : 50 %
- . 5 ans : 43 %
- 6, 7, 8 ans : 29 %
- . 9 ans : 0 %

- Aucun cas n'est mort par insuffisance hépatique

- Sur 7 décès, 4 sont survenus par hémorragie : 57 %

- Survie des cas ayant une biologie assez fortement perturbée (B H : + +) : 11 cas

- . post-opératoire : 82 %
- . 3 mois : 62 %
- . 6 mois : 57 %
- . 1 an : 50 %
- . 2 ans : 33 %
- 3, 4 ans : 17 %
- . 5 ans : 0 %

Sur 6 décès, 5 sont en rapport avec la maladie hépatique 83 % (3 par insuffisance hépatique : 50 %, 2 par hémorragie ; 33 %).

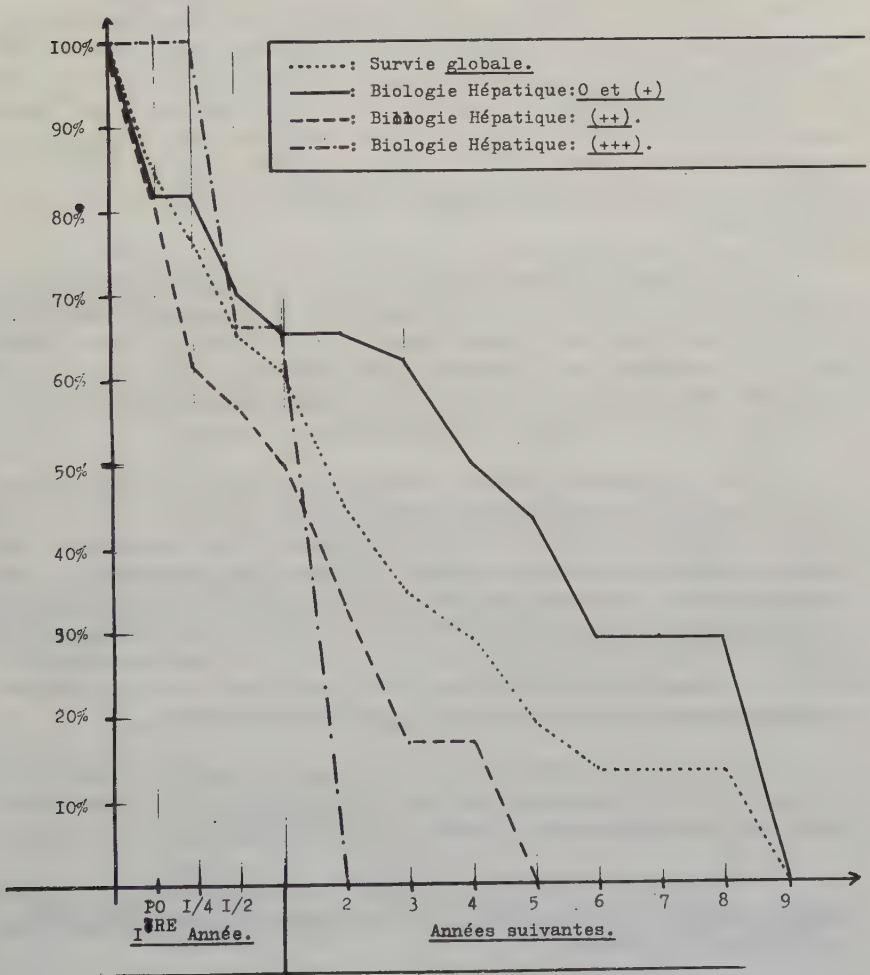
- Survie des cas avec biologie hépatique très perturbée (B H = + + +) : 3 cas :

- . post-opératoire : 100 %
- . 3 mois : 100 %
- . 6 mois : 66 %
- . 1 an : 66 %
- . 2 ans : 0 %

3 décès par insuffisance hépatique : 100 %.

Tableau n° 27.

SURVIE et BIOLOGIE HEPATIQUE.



Lorsque l'on compare ces cas globaux aux cas identiques mais où la splénectomie est restée un acte isolé dans l'évolution, on ne constate pas de différence importante ; ce qui amène à dire que le pronostic n'est peut-être pas tellement fonction du type de traitement appliqué, mais bien plus et de loin du degré d'atteinte hépatique (on verra néanmoins plus loin que la dérivation porto-cave est meilleure que la splénectomie, à biologie égale).

L'étude des récidives hémorragiques ou des premières hémorragies (dans les cirrhoses dites "non hémorragiques") a été faite d'abord globalement ; sur 20 cas suivis sur les 25. Il y a eu au total 40 % d'hémorragies (8 cas sur 20) et 25 % de décès par hémorragie (5 sur 20). Si l'on examine le cas des cirrhoses "non hémorragiques" ces chiffres passent respectivement à 50 % et 33 %, et pour les cirrhoses "hémorragiques" ils passent respectivement à 36 % et 22 %.

Lorsque l'on considère uniquement les splénectomies isolées dans l'évolution, le pourcentage global d'hémorragie est de 53 % avec 33 % de décès par hémorragies, le pourcentage d'hémorragie dans les cirrhoses "non hémorragiques" étant de 50 % avec 33 % de décès par hémorragie, et dans les cirrhoses "hémorragiques" de 55 % avec 33 % de décès par hémorragie.

La différence constatée dans les cirrhoses hémorragiques tient au fait que les anastomoses porto-caves réalisées ont été globalement efficaces et si elles n'ont pas augmenté sensiblement la survie des malades elles ont néanmoins diminué nettement le taux des récidives hémorragiques. Il n'existe pas de différence significative entre cirrhose "non hémorragique" et hémorragique, sauf que la date d'apparition des hémorragies est plus tardive (4 ans en moyenne) dans les cirrhoses non hémorragiques, que dans les cirrhoses hémorragiques (0,9 ans en moyenne après splénectomie).

Au total, la splénectomie n'est pas satisfaisante dans la prévention ou le traitement des hémorragies ; de plus, après splénectomie les hémorragies restent encore très souvent mortelles.

La fréquence des hémorragies a été étudiée avant et après splénectomie dans les cirrhoses hémorragiques avec splénectomie isolée dans l'évolution.

Avant splénectomie la fréquence moyenne a été de 1,2 hémorragie par an (WANTZ et PAYNE, 1961, sur 120 cas estimant cette fréquence à 2 hémorragies par an) alors qu'après elle a été de 0,6 hémorragie par an. La splénectomie semble donc diminuer la fréquence des hémorragies. Dans les cirrhoses d'origine indéterminée, cette fréquence est passée de 1,5 à 0,4 hémorragie par an, mais dans les cirrhoses éthyliques la fréquence s'est accentuée (de 1 à

1, 3) et dans les cirrhoses méditerranéennes la fréquence a peu varié (de 0,9 à 0,7 hémorragie par an).

La survie a été étudiée en fonction du volume du foie.

- 9 fois il existait une hypertrophie hépatique et la survie de ces malades a été comparable à la survie globale

- par contre dans 8 autres cas il existait une atrophie hépatique, la survie a été la suivante

- . Post-opératoire : 87 %
- . 3 mois : 50 %
- . 1 an : 40 %
- . 2 ans : 20 %
- . 3 ans : 0 %

Si l'on enlève 2 cas ayant eu une anastomose porto-cave au cours de l'évolution de leur maladie la survie s'améliore tout en restant très mauvaise :

- . post-opératoire : 100 %
- . 3 mois : 75 %
- . 6 mois : 66 %
- . 1 an : 66 %
- . 2 ans : 33 %
- . 3 ans : 0 %

Donc : une atrophie hépatique constitue une contre indication plus à une anastomose porto-cave qu'à une splénectomie. De toute façon la splénectomie avec un foie atrophique est de mauvais pronostic.

La survie de 8 cas ayant une ascite pré-opératoire a été la suivante :

- . Post-opératoire : 75 %
- . 3 mois : 40 %
- . 6 mois : 0 %

Donc l'ascite pré-opératoire est un élément de très mauvais pronostic.

La survie spontanée en cas d'ascite étant d'après M. CONTE (1967) de 5 % pour les cirrhoses hémorragiques et de 40 % pour les cirrhoses non hémorragiques, on peut se demander si la splénectomie n'est pas nuisible et si elle ne précipite pas l'évolution de ces malades ascitiques. De plus, toujours d'après M. CONTE (1967), la mortalité opératoire des anastomoses porto-caves des malades

ascitiques étant de 15 % et celle de la splénectomie chez ces mêmes malades étant de 25 %, on peut aussi se demander si l'anastomose porto-cave n'est pas malgré tout préférable.

Sous le terme d'encéphalopathie porto-cave ont été réunis les cas présentant effectivement des signes de ce syndrome et les cas où il existait un hyperammoniémie.

Ainsi, 5 cas, soit 20 %, avaient ou avaient eu une encéphalopathie porto-cave avant leur splénectomie. Tous sont morts, 3 par insuffisance hépatique (1 dans les suites opératoires, 1 à 3 mois, 1 à 2 ans), les 2 autres sont morts d'hémorragie (en post-opératoire et à 2 ans). Leur survie a donc été mauvaise.

Six cas ont eu une encéphalopathie post-opératoire (24 %) : un l'avait déjà en pré-opératoire et est mort en post-opératoire par insuffisance hépatique, des 5 autres, 3 sont morts en post-opératoire, à 6 mois et à 2 ans (ce dernier par hématomé), 1 a eu un bon résultat à 1 an et le dernier a fait un mélèna à 1 an. Leur survie a donc été un peu meilleure. Deux autres cas ont fait une encéphalopathie ultérieurement (8 %) et sont morts à 3 ans et à 6 ans d'hémorragie ; leur survie a donc été dans la moyenne. On peut donc conclure que l'encéphalopathie pré-opératoire est de très mauvais pronostic, l'encéphalopathie post-opératoire également, mais à un degré moindre, quant à celle découverte ultérieurement, elle n'aggrave pas beaucoup le pronostic. Trente deux % d'encéphalopathies ont été constatés après splénectomie. Certes, il existait déjà 20 % de cas avant l'intervention mais il semble tout de même que la splénectomie est capable à elle seule de provoquer une encéphalopathie dans un certain pourcentage de cas. C'est pourquoi il est étonnant de voir la splénectomie recommandée comme thérapeutique de l'encéphalopathie porto-cave (BOURGEON : α ; D. BURLUI : 1969).

Enfin lorsque l'on consulte la littérature, on constate que la splénectomie est suivie quelquefois d'autant d'encéphalopathie que l'anastomose porto-cave, et qu'elle en entraîne beaucoup plus que l'anastomose spléno-rénale si l'on s'en tient au chiffre de 32 % constaté dans nos observations. Ceci contredit la théorie qui veut que l'encéphalopathie soit due à la présence du sang portal dans le courant cave.

Cinq splénectomies ont été faites pour rupture de rate après splénoportographie. Deux sont morts en post-opératoire, deux ont été suivis 6 mois et 2 ans en bon état, et le dernier est mort 6 ans après. La splénectomie dans ces conditions, est donc d'assez mauvais pronostic.

Les résultats obtenus ont été comparés à la survie spontanée publiée dans la littérature.

La survie spontanée à 1 an des cirrheses hémorragiques est de 20 à 50 % d'après MASAUCKI HARA et de 50 % d'après le congrès de Chirurgie de 1964 (A) alors qu'elle a été de 62 % dans notre observation. Mais la survie spontanée à 5 ans est de 20 % selon MASAUCKI HARA, alors qu'elle est de 14 % dans notre observation. Si bien que l'on peut dire que la splénectomie n'améliore pas la survie à long terme des cirrheses hémorragiques.

De même la comparaison avec l'évolution spontanée des cirrheses en général (Tableau n° 28)

	survie à				
	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
RAT NOFF et PATECK	30 %	28 %	26 %	23 %	21 %
THESE : OBSERV. PERSONNELLES	70 %	46 %	38 %	31 %	17 %

et avec l'évolution spontanée des cirrheses non hémorragiques (Tableau n° 29).

	survie à		
	1 an	2 ans	3 ans
H. O. CONN (1968) 31 cas	61 %		
F. JACKSON (1965) 79 cas	75 %	65 %	60 %
THESE : OBSERV. PERSONNELLES 11 cas)	83 %	50 %	33 %

montre que la splénectomie allonge peut-être la survie à 1 an mais ne l'allonge sûrement pas à long terme.

La comparaison avec les splénectomies réalisées par d'autres auteurs, montre des résultats semblables (Tableau n° 30).

	Nombre de cas	Décès post-opératoire	Survie à 2 ans	Récidives hémorragiques	Décès par hémorragies
SMITH (1970)	19	21 %	47 %	37 % à 2 ans	
E. C. SAUBIER (1967)	8			62 %	12 %
THESE : OBSERVATIONS PERSONNELLES	18	11 %	46 %	53 %	33 %

La comparaison avec la ligature des varices oesophagiennes est faite dans le tableau n° 31 :

	Nbre de cas	Survie post-opératoire	% survie à					Récidives hémorr.	Décès par R. H.
			1 a	2 a	3 a	4 a	5 a		
KLEINT (α)	16	94 %							
BOEREMA (α)	14	72 %							
MACKBY (α)	24	63 %							
HORAK (α)	11	27 %							
HUNT (α)	25	68 %							
BRITTON (1963, α)	7	86 %	86	66	66	66	33	62 %	50 %
MOYENNE PROPORTIONNELLE	97	68 %							
THESE = OBSERVAT. PERSONNELLES	9	78 %	62	50	50	28	14	55 %	33 %

Il est donc difficile de comparer l'efficacité de ces 2 interventions, car si la mortalité opératoire est plus faible pour la splénectomie, la survie chez cette dernière paraît moins bonne, mais les récurrences hémorragiques, toujours pour la splénectomie, sont un peu moins fréquentes et surtout moins souvent mortelles. On peut donc conclure que la ligature des varices oesophagiennes n'est pas meilleure que la splénectomie.

La comparaison avec les résections gastrique et oesogastrique est faite dans le Tableau n° 32.

	Type d'intervention	Nbre de cas	PO	% Survie à						Récidives hémorrag.	Décès par R. H.
				6m	1a	2a	3a	4a	5a		
α	Polaire supér.	57	63								
BOEREMA (α)	Polaire supér.	22	68			60			55	15 %	
HUNT (X)	Polaire supér.	5		40		20					
BERNSEIN 1969	Résect. gast ou oesoph.	15	27		13	7	7	0		100 %	100 %
THESE Observations personnelles	Splénect. cirrhoses hémorragies	9	78	67	62	50	50	28	14	55 %	33 %

Les résultats sont donc trop disparates pour que l'on puisse juger. Le seul élément valable de comparaison est la survie post-opératoire qui est meilleure après splénectomie ; de plus la survie à 2 ans après splénectomie est relativement meilleure.

Les résultats de la splénectomie isolée dans les cirrhoses hémorragiques ont été ensuite comparés à ceux de l'anastomose porto-cave dans les cas identiques : Tableau n° 33.

Les résultats sont à peu près comparables jusqu'à 3 ans mais après, les résultats de l'anastomose porto-cave sont nettement meilleurs. De plus il y a beaucoup moins de récidives hémorragiques donc moins de morts par hémorragie.

Comparaison avec l'anastomose spléno-rénale : Tableau n° 34.

	Nbre de cas	% Survie à :					Récidives hémorragiques	Décès par insuffisance hépatique
		P.O.	1 an	2 ans	3 ans	5 ans		
	305	90					20 - 25 %	15 %
LINTON (1961) α	103						20 %	
HALLENBECK (1963) α	106						25 %	
L. LEGER (α)	20	70	50					
HUNT (α)	40				62			
HIVET 1967	22	82	59				5 %	
SAUBIER 1967	25	88					8 %	
MOYENNE PROPORTIONNELLE		88	<u>54</u>		<u>62</u>		<u>20 %</u>	15 %
THESE Observations personnelles	18	89	<u>70</u>	46	38	17	<u>53 %</u>	28 %
THESE : CIRRHOSSES MEDITERRANEENNES		100	100	80	<u>60</u>	33	<u>60 %</u>	20 %

Tableau n° 33.

COMPARAISON avec L'ANASTOMOSE PORTO-CAVE.

	Nbr de Cas	% de SURVIE à:														Récid. H.	⊕ par RH.	EPC après	⊕ par Foie.
		PO	3M	6M	1A	2A	3A	4A	5A	6A	7A	8A	9A	10A					
d	933	84													I-2%			72%	
HALLENBECK (1963) d	I06														24%				
LINTON (1961) d	I03														20%		68%		
ROUSSELOT (1963) d	I04	88			70	65	65	55	50	45	45	40			I%				
L.LEGER (d)	54														22%	I3%			
WELCH d	75	80			88				23										
LORTAT-JACOB d							35												
SAEGESSER d	31						42												
HUNT d	I44						59												
L.LEGER d	I2								50										
SHALDON (1962) d	50	90							70										
WALKER d	70	95					73												
FOUET, HIVET (1968)	I00				65	50	33								0%		20%		
PANKE, W.F. (1968)	210	90							20					I3	I,4% I,4%				
MOYENNE PROPORTION- NELLE.		86			73	57	56	56	33						I4%	I3%	44%	72%	
THESE.	9	78			62	50	50	28	I4	I4	I4	I4	0	0	55%	33%	32%	69%	

De ce tableau, il ressort que la mortalité opératoire est à peu près identique, que la survie à 1 an semble meilleure. Après splénectomie mais que la survie plus tardive est beaucoup moins bonne, toujours pour la splénectomie. Ceci est dû aux récives hémorragiques qui sont beaucoup moins fréquentes après anastomose spléno-rénale. Seuls les cirrhoses méditerranéennes semblent avoir une survie comparables mais les 60 % de récives hémorragiques après splénectomie font encore préférer l'anastomose spléno-rénale qui doit être donc considérée comme meilleure que la splénectomie, quelles que soient les étiologies. Le seul inconvénient de cette dérivation est sa réalisation parfois difficile ou impossible.

La comparaison avec les dérivationes porto-caves en général, donnera les mêmes résultats (Tableau n° 35).

	Nbre de cas	% Survie à							Récidives hémorragiques
		P. O.	6 mois	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	
α		80						48	
MACKBY α	90					58			
HUNT α	184					60			
RESNICOFF 1968	34	74				44			
LATASTE 1968	45	85	75		66				
MOUSSEAU	62	88		80	76	71	64		8 %
MOYENNE PROPORTIONNELLE		80	75	80	72	<u>60</u>	64	<u>48</u>	<u>8 %</u>
THESE = OBSERVATIONS PERSONNELLES	18	89	70	70	46	38	31	17	53 %

Enfin la comparaison entre la splénectomie dans les cirrhoses non hémorragiques, les dérivations porto-caves en général et l'évolution spontanée (tableau n° 36, semble montrer qu'à long terme il faut faire soit une dérivation soit s'abstenir (dans les cirrhoses non hémorragiques).

	Cirrhoses non hémorragiques	% survie à		
		1 an	2 ans	3 ans
JACKSON (1965)	A P C prophylactique	75	65	60
JACKSON (1965)	Evolution spontanée	75	65	60
Clinique Chirurgicale Pr J. GOSSET (Thèse)	Splénectomie	83	50	33

Tableau n° 36

En dernier la comparaison entre dérivation et splénectomie en fonction de la biologie hépatique a montré que quelle que soit la biologie hépatique, la splénectomie donne de moins bons résultats que la dérivation. Ceci est vrai même lorsque la biologie hépatique est très fortement perturbée. On peut donc conclure que la splénectomie n'est pas autorisée sous prétexte que l'atteinte hépatique est très grande. Il vaut mieux alors s'abstenir si on récuse ces maladies pour une dérivation.

En dernier lieu, il convient de signaler les problèmes dont il n'a pas été question dans ce travail. Il s'agit de l'étude de l'histologie des rates enlevées, qui n'a abouti à aucune conclusion pratique, de l'étude des facteurs de la coagulation qui n'ont pas varié après splénectomie, (sauf le nombre des plaquettes), du syndrome de BUDD-CHIARI et des bilharzioses hépatiques dont il n'existe aucun cas dans les observations étudiées, et enfin des anévrysmes artériels et artério-veineux spléniques, dont les observations ont été étudiées par J. POILLEUX (Thèse, PARIS, 1968).

CONCLUSIONS

Ce travail repose sur l'étude de 32 cas d'hypertension portale acquise, opérés dans le service du Professeur J. GOSSET. Tous les malades ont subi une splénectomie simple, parfois associée, lors d'une autre intervention, à un autre geste chirurgical. Il s'agit de 7 cas d'hypertension portale par bloc sous-hépatique acquis et de 25 cas d'hypertension portale par cirrhose acquise.

Après un résumé de chaque observation, les problèmes communs aux deux groupes d'observations ont été étudiés. C'est ainsi qu'il a été trouvé qu'il n'y avait pas de parallélisme franc entre l'importance de la pression portale et celle des varices oesophagiennes décelées radiologiquement, ni entre l'importance de la pression portale et le risque hémorragique, mais par contre qu'il existait un parallélisme entre l'existence et l'importance des varices oesophagiennes d'une part, et le risque hémorragique d'autre part.

La voie d'abord a été large dans l'ensemble, compte tenu des difficultés opératoires rencontrées dans l'hypertension portale.

Les complications opératoires sont survenues surtout chez les cirrhotiques ; elles étaient en rapport, pour la plupart, avec leur maladie hépatique.

Les masses sanguines et plasmatiques qui étaient supérieures à la normale avant l'intervention, se sont trouvées encore au-dessus de la normale après l'intervention, mais légèrement abaissées.

L'étude du nombre de plaquettes avant et après la splénectomie en fonction du poids de la rate et des diverses étiologies, a permis de constater qu'il existe un parallélisme inverse entre le poids de la rate et l'importance de l'hypersplénisme ; ainsi, les cirrhoses hémorragiques ont les rates les plus petites avec l'hypersplénisme le plus important. Après splénectomie, la récupération d'un chiffre normal de plaquettes a été presque constant.

Les Blocs Sous Hépatiques ont été étudiés ensuite séparément des cirrhoses. Ils ont été subdivisés en :

- 1 - Thrombose isolée de la veine splénique (3 cas)
- 2 - Cavernome de la veine porte (2 cas)
- 3 - Thrombose diffuse spléno-portale (2 cas)

L'étiologie de la thrombose n'a presque jamais été retrouvée.

Les indications de la splénectomie ont été 3 fois pour thrombose isolée de la veine splénique, et 4 fois parce qu'aucune dérivation n'était possible.

- Le foie de ces malades était le plus souvent normal, et, lorsqu'il était légèrement altéré, cela n'a eu aucune valeur péjorative pour l'évolution.

- La diminution des varices oesophagiennes après splénectomie a été fréquente mais transitoire le plus souvent.

- Il semble que la splénectomie ait allongé la survie des malades.

Le taux des récidives hémorragiques a été très élevé (70 %) mais ces hémorragies ont eu une fréquence bien moindre qu'avant l'intervention pour chaque malade, elles ont été d'apparition tardive (6 ans en moyenne), souvent unique (4 cas sur 5) et jamais mortelles.

Les résultats obtenus par les autres auteurs sont comparables.

L'action de la splénectomie a ensuite été comparée à celle de diverses interventions : la transection oesophagienne et les ligatures de varices ne donnent pas de meilleurs résultats : l'oesogastrectomie polaire supérieure donne des résultats à peu près équivalents. Par contre l'anastomose spléno-rénale et les autres dérivations radiculaires donnent des résultats à long terme nettement meilleurs. Malheureusement, ces dérivations sont rarement possibles du fait des conditions locales (thrombose en particulier).

Si bien qu'actuellement nos indications de splénectomie dans les blocs sous hépatiques sont les suivantes :

- 1 - En cas de thrombose isolée de la veine splénique : la splénectomie est nécessaire et suffisante, tout en connaissant la possibilité d'extension de la thrombose à partir du moignon de la veine splénique.

2 - En cas de cavernome portal, la dérivation portale est nettement préférable à la splénectomie.

3 - En cas de thrombose diffuse spléno-portale aucune dérivation n'est possible, la splénectomie semble préférable d'abord, et l'oesogastrectomie polaire supérieure ne sera faite qu'en dernier recours, en cas de récurrence hémorragique importante. Il est encore possible d'associer splénectomie et oesogastrectomie dans le même temps.

4 - Enfin, la dernière indication est celle de l'hypersplénisme, qui est rarement important dans les blocs sous hépatiques.

Au total, la splénectomie, bien qu'étant une thérapeutique très imparfaite, tient encore une place assez importante dans le traitement de l'hypertension portale par bloc sous hépatique.

Les Cirrhoses ont été étudiées en dernier.

Elles ont été divisées en deux groupes, les cirrhoses non hémorragiques (11 cas), et les cirrhoses hémorragiques (15 cas).

Les indications posées ont été les suivantes :

- 5 fois pour rupture de la rate après splénoportographie
- 2 fois pour hypersplénisme
- 6 fois parce qu'une dérivation était impossible ou contre indiquée
- 5 fois pour des cirrhoses méditerranéennes
- 7 fois pour des raisons diverses.

La survie a été étudiée d'une façon globale, puis dans chaque groupe, et dans chaque étiologie. La survie à un an des cirrhoses non hémorragiques a été supérieure à celle des cirrhoses hémorragiques, mais la survie éloignée des deux groupes a été identique. Ce sont les cirrhoses d'origine indéterminée qui ont eu la plus mauvaise survie, et les cirrhoses méditerranéennes qui ont eu la meilleure survie.

La cause des décès a été dans 1/3 des cas une hémorragie, dans un autre 1/3 l'insuffisance hépatique, et dans le dernier 1/3, une cause sans rapport avec la cirrhose.

La survie a été très nettement influencée par l'importance de la déchéance hépatique au moment de la splénectomie.

Les hémorragies ou les récidives hémorragiques ont été très fréquentes (50 % environ) et ces hémorragies ont été la cause de la mort dans 33 % des cas, aussi bien dans les cirrhoses hémorragiques que les cirrhoses non hémorragiques ; cependant, dans ces dernières, les premières hémorragies sont apparues plus tardivement.

Malgré tout la splénectomie a diminué le rythme des hémorragies, sauf pour les cirrhoses éthyliques et méditerranéennes.

L'hépatomégalie n'a pas constitué un argument pronostic important ; par contre la constatation d'une atrophie hépatique a été de mauvais pronostic, de même que l'ascite et des signes d'encéphalopathies porto-cave pré-opératoires. L'existence d'encéphalopathie porto-cave ou d'hyperammoniémie dans les suites, a été fréquente (32 % des cas), sans constituer un argument de très mauvais pronostic.

La splénectomie pour rupture de rate après splénoportographie a donné de mauvais résultats.

Les résultats obtenus ont été comparés à la survie spontanée, permettant de dire que la splénectomie a amélioré la survie immédiate mais pas la survie à long terme.

Les résultats de splénectomie des autres auteurs sont comparables à ceux de ce travail.

La comparaison avec les autres interventions a donné les résultats suivants :

- la ligature des varices oesophagiennes ne donnent pas de meilleurs résultats.

- les résections gastriques ou oesogastriques non plus

- par contre, les dérivations porto-cave en général donnent des résultats nettement meilleurs à long terme et ceci quel que soit l'état hépatique (si bien que l'on peut dire qu'il n'est pas licite de faire une splénectomie sous prétexte que le foie est très atteint).

Si bien qu'actuellement nos indications de la splénectomie dans les cirrhoses sont les suivantes (en dehors des ruptures de rate après splénoportographie) :

- dans les cirrhoses non hémorragiques : ne pas faire de splénectomie comme prophylaxie des hémorragies ; ne la faire qu'en cas d'hypersplénisme important et l'associer alors à une anastomose spléno-rénale.

- dans les cirrhoses hémorragiques : la dérivation porto-cave est préférable. S'il existe une contre indication ou une impossibilité à la dérivation, il vaut mieux s'abstenir, sauf en cas d'hyper-splénisme important.

- dans les cirrhoses d'origine indéterminée, la splénectomie donne les plus mauvais résultats.

- dans les cirrhoses éthyliques elle est sans action

- dans les cirrhoses méditerranéennes, la splénectomie est insuffisante et doit être associée à une anastomose spléno-rénale, afin d'éviter les récives hémorragiques.

CONCLUSIONS

La splénectomie est un bien mauvais traitement de l'hypertension portale et si elle garde encore une place valable dans le traitement des blocs sous hépatiques, elle n'a, par contre, qu'une place très restreinte dans le traitement des cirrhoses.

BIBLIOGRAPHIE

M. A. ADSON, A. R. WYCHULIS.

Hypertension portale et cirrhose biliaire.
Arch. of Surgery, Avril 68, 96, 4, 604-612.

R. ANDRE.

Les indications, les contre-indications et les conséquences des splénectomies.
Revue du Prat. (Paris), 1965, 15, 26, p. 3134.

J. AUVERT.

Hypertension portale par blocs extra-hépatiques.
Revue du Prat. ; 1962, XI, p. 173.

L. BELLI, D. FORTI.

Les obstructions spléno-portales mésentériques.
Mém. Acad. Chir., 1969, 95, 24-25, 719-721.

J. P. BENHAMOU, R. FAUVERT.

Les blocs intra-hépatiques en dehors des cirrhoses communes.
Revue du Prat., Mai 68, XVIII, 15, 2291-2309.

E. BERNSEIN, R. VARCO, O. WANGENSTEEN.

Traitement chirurgical des hémorragies et varices oesophagiennes après échec des dérivations portales.
Arch. Surgery (Chicago), Août 69, 99, 2, 171-178.

C. BERAUD, F. FONTAN, H. BRICAUD, B. MOUNICOT,
F. PLOQUIN.

Les aspects cliniques, radiologiques et hémodynamiques des thromboses incomplètes de la veine porte chez les cirrhotiques.
Arch. Mal. Appar. Dig., 1966, 55, 944-945.

I. BOEREMA, P. J. KLOPPER, A. A. HOLSCHER.

Résection-ligature trans-abdominale de l'oesophage dans les varices oesophagiennes hémorragiques.
Surgery, Mars 70, 67, 3, 409-413.

R. BOURGEON, H. CATALANO, M. GUNTZ.

Le problème de la splénopathie après anastomose porto-cave tronculaire.
Sem. Hôp. Paris, 1960, 14, 1203-1219.

R. BOURGEON, H. CATALANO, M. GUNTZ, J. ALEXANDRE.

Traitement chirurgical actuel de l'hypertension portale avec atteinte hépatique et splénomégalie.
J. Chir. (Paris), 1962, 84, p. 505.

R. BOURGEON, J. ALEXANDRE, J. MOUIEL.

La splénomégalie au cours des cirrhoses méditerranéennes : conceptions d'ensemble. Dédutions thérapeutiques.
Arch. Mal. Appar. Dig., 1966, 55, 6, 507.

R. C. BRITTON, A. B. VOORHEES, J. B. PRICE.

Décompression portale sélective.
Surgery, Janv. 70, 67, 1, 104-113.

S. M. BULL, B. A. ZIKRIA, J. M. FERRER Jr.

Thrombose de la veine mésentérique secondaire à une splénectomie (2 cas).
Ann. Surgery, Nov. 65, 162, 5, 938-940.

A. R. BURCHELL, L. M. ROUSSELOT, W. F. PANKE.

Résultats d'une expérience de 7 années de pratique de l'anastomose porto-cave termino-latérale dans les ascites cirrhotiques.
Ann. Surgery, Oct. 68, 4, 655-667.

D. BURLUI, O. RATZIU, I. MIULESCO, G. BUSU.

La splénectomie, étape thérapeutique dans l'hypertension portale.
J. Chir. (Paris), Déc. 69, 98, 6, 671-679.

F. BLANC, Y. NOSNY, P. FARISSE.

Splénomégalias du noir africain transplanté.
Gaz. Méd. de France, Mai 69, 76, 13, 2633-2640.

A. D. CALLOW, R. H. RESNICK, Th. C. CHALMERS,
A. M. ISHIHARA, A. J. GARCEAU, O'HARA.

Résultats d'une série d'anastomoses porto-cave préven-
tives.

Surgery, Janv. 70, 67, I, 97-103.

J. CAROLI

La splénectomie dans les cirrhoses du foie. 1935.

H. O. CONN, W. W. LINDENMUTH.

Anastomoses porto-cave prophylactiques chez les cirrho-
tiques porteurs de varices oesophagiennes.

New Engl. J. Méd., Oct. 68, 279, 14, 725-731.

M. CONTE, P. FOUET, B. AUBRIOT.

Pronostic des hémorragies digestives par rupture de
varices oesophagiennes chez les cirrhotiques (l'import-
tance de l'ascite pour ce pronostic ; conséquences thé-
rapeutiques).

Presse Médic., Juil. 67, 75, 32, 1633-1638.

J. M. DEBRAY.

Quelles rates faut-il enlever ?

Gaz. Médic. de France, Mai 69, 76, 13, 2673-2678.

W. V. Mc DEMIOTT Jr, B. A. BARNES, G. L. NARDI, F. W. ACKROYD

Encéphalopathie après dérivation.

S. G. O., Mars 68, 126, 3, 585-590.

J. DUBRISAY.

Les hémorragies digestives des cirrhotiques. Leur trai-
tement.

Vie Médic., 1963, 44, 65-72.

J. DUBRUJEAUD.

Le syndrome de Budd-Chiari.

Gaz. Médic. de France, Avril 68, 75, II, 2273-2278.

A. E. DUMONT, E. AMOROSI, W. M. STAHL.

Valeur de la splénomégalie chez les malades ayant une
cirrhose hépatique et des varices oesophagiennes hémor-
ragiques.

Ann. of Surgery, Avril 70, 171, 4, 522-526.

J. P. ETIENNE, G. RUYSSSEN, J. C. LE PARCO.

Les thromboses du système porte du cirrhotique sont-elles latentes ?

Sem. Hôp. Paris, Mai 69, 45, 23, 1607-1613.

P. FOUET, M. HIVET, J. P. CHEVREL.

L'avenir des opérés d'anastomose porto-cave. (100 cas).

Sem. Hôp. Paris, Mai 68, 44, 23, 1586-1590.

M. HASSAB.

Déconnection gastro-oesophagienne et splénectomie dans le traitement de l'hypertension portale bilharzienne d'après une statistique de 355 interventions.

Surgery, Fev. 67, 61, 2, 169-175.

M. A. HASSAB, M. T. HOUNIS, M. S. EL KILANY.

Décongestion gastro-oesophagienne et splénectomie dans le traitement des varices oesophagiennes secondaires à la cirrhose bilharzienne. Etude anatomique et expérimentale.

Surgery, Mai 68, 63, 5, 731-737.

M. A. HASSAB.

Interventions sans dérivation dans l'hypertension portale sans cirrhose.

S. G. O., Oct. 70, 131, 4, 648-654.

M. A. HASSAB.

Temps circulatoire dans l'azygos et mécanisme de ruptures de varices lors de l'hypertension portale.

Surgery, Sept. 70, 68, 3, 442-449.

W. F. HENDRY, W. A. MACKEY.

Grossesse et hypertension portale extra-hépatique.

British J. Surgery, Déc. 69, 12, 909-912.

R. E. HERMANN, C. B. ESSELSTYN.

Rôle aggravant de la grossesse lors de l'hypertension portale extra-hépatique.

Arch. of Surgery, Déc. 67, 95, 6, 956-959.

M. HIVET.

Le shunt porto-cave direct. Les résultats et ses complications.

Rev. Méd. Chir. foie, 1963, 38, 4, p. 180.

M. HIVET, P. FOUET, J-P. CHEVREL.

Indication et risque immédiat de l'anastomose porto-cave termino-latérale chez les cirrhotiques. (100 cas).
Sem. des Hôp., Oct. 65, 2306-2311.

M. HIVET, J. -P. CHEVREL, A. GAUCHET.

L'anastomose spléno-rénale termino-terminale avec conservation du rein gauche. (35 cas).
Presse Méd., Juin 67, 75, 27, 1391.

F. JACKSON, PERRINE.

Pronostic des anastomoses porto-cave prophylactiques et thérapeutiques : statistiques comparant 79 cas traités médicalement et 78 cas opérés.
Arch. of Surgery, 1965, 91, I, 43-54.

J. JEKLER, Z. TOBERNY, J. JEKLEROVA.

Splénectomie dans l'hypertension portale extra-hépatique : injustifiée.
J. of Internat. Collège of Surgeons. Prague, Juin 65, 43, 6, 589-592.

G. JOHNSON, N.A. WOMACK, O.F. GABRIELLE, R.M. PETERS.

Contrôle de la circulation "hyperdynamique" chez les malades ayant des hémorragies par varices oesophagiennes.
Ann. of Surgery, Mai 69, 169, 5 ; 660-671.

J. JUSTIN-BESANCON, H. PEQUIGNOT, J-P. ETIENNE,
B. CHRISTOFOROV.

Survie et pronostic des cirrheses alcooliques. Etude de 251 cas observés de 1958 à 1961.
Presse Méd., Mai 65, 73, 24, 1393-1398.

W.H. KERN, W.P. MIKKELSEN, F.L. TURRILL.

Valeur pronostic de la nécrose hyaline dans les biopsies hépatiques.
S.G.O., Oct. 69, 129, 4, 749-754.

J. LATASTE, B. ROBIN.

Résultats des dérivations veineuses dans les hémorragies par hypertension portale d'origine cirrhotique. (45 cas).
Presse Méd., Janv. 68, 76, 5, 185-188.

L. LEGER et P. MARION.

Indications et résultats de la chirurgie de l'hypertension portale.

66e congrès Français de Chirurgie. Paris, 1964. (Alpha dans le texte).

L. LEGER, A. ABAZA, G. LEMAIGRE, G. CORBELLE, D. PRANDI, A. PISSIDIS.

Le foie "mélânèle" des cirrhotiques. Sa signification pronostic à propos de 30 cas personnels.

Presse Méd., Janv. 64, 72, 4, 207-212.

L. LEGER, J. MIROUZE, G. LEMAIGRE.

L'état du parenchyme hépatique avant et après dérivation porto-cave.

Presse Méd., Fév. 64, 72, 10, 563-568.

L. LEGER, G. LEMAIGRE, J. RICCHARME, Y. CHAPUIS.

L'hypertension portale essentielle. A propos de 10 observations personnelles.

Presse Méd., Fév. 66, 74, 7, 313-318.

L. LEGER, J-P. LENRIOT, L. BOCCON-GIBOD, PLAGNEAU, G. GILLOT, G. LEMAIGRE.

Résultats éloignés des dérivations porto-cave pour hypertension portale.

J. Chir., Mars 68, 95, 3, 313-328.

L. LEGER, J. -P. LENRIOT, G. LEMAIGRE.

L'hypertension portale et la stase portale segmentaire dans les pancréatites chroniques. (126 cas).

J. Chir., Mai-Juin 68, 95, 5-6, 599-608.

M. LEVRAT, R. TRUCHOT.

Le rôle de la thrombopénie dans les hémorragies des cirrhoses du foie.

Arch. Mal. Appar. Dig., 1962, 51, 1394-1404.

M. LEVRAT, R. TRUCHOT.

Les hémorragies chez les cirrhotiques.

Revue du Prat., Juil. 64, XIV, 20, 2569-2582.

V.G. LEVY.

Les thromboses du système porte.

Les livrets du méd., I, 3, 153-165.

J-L. LORTAT-JACOB, J-N. MAILLARD, M. DROMER.

Indications et résultats des anastomoses porto-cave.
Arch. Mal. Appar. Dig., 1959, 48, 247-263.

J-L. LORTAT-JACOB, F. FEKETE.

Problèmes chirurgicaux des cirrhoses du foie.
Revue du Prat., Juil. 64, XIV, 20, 2621-2628.

W.C. MADDREY, K.C. BASU MALLIK, F.L. IBER, A.K. BASU.

Obstruction extra-hépatique du système veineux portal.
S.G.O., Nov. 68, 127, 5, 989-998.

J.N. MAILLARD.

Indications et résultats des anastomoses porto-cave.
Revue du Prat., Fév. 66, XVI, 6, 727-736.

P. MARION, Cl. MOINE, H. GALLET, S. ESTANOVE.

Résultats éloignés du traitement chirurgical des hémorragies oesogastriques de l'hypertension portale.
Bull. Mens. Soc. Med. Hôp. Paris, 1967, 118, 1075.

H. MASAUKE, W. DOYNE, W. BERNARD.

Dérivations porto-cave pour hypertension portale.
Arch. of Surgery, Avril 67, 94, 4, 476-482.

S. MESTIRI, H. ARAYI, S. GHARBI. (Tunis)

Résultats d'une expérience tunisienne de la chirurgie de l'hypertension portale.
Lyon Chir., Sept-Oct. 68, 64, 5, 838-843.

Ph. MIKAELOFF.

La sélection des malades en vue de l'anastomose porto-cave.
J. Chir. (Paris), Déc. 67, 94, 6, 549-550.

M. MOUSSEAU, J. VISSET, Mme LENNE.

Résultats éloignés de la chirurgie de l'hypertension portale pour cirrhose éthylique (Réflexions à propos de 73 observations).
Mém. Acad. Chir., 1969, 95, 20-21, 612-619.

J. OLMER, P. CASANOVA, Ch. DELBOY.

Bilan du traitement chirurgical des splénomégalias avec hypertension portale. (A propos de 33 observations).
Marseille Méd., 1964, 101, 9, 573-593.

W. F. PANKE, L. M. ROUSSELOT ; A. R. BURCHELL.

Une expérience de 16 années du traitement des hémorragies des varices oesophagiennes par anastomose portocave termino-latérale.

Ann. Surgery, Déc. 68, 168, 6, 957-967.

J. A. PAOLAGGI.

Les hémorragies des cirrhotiques.

Vie Médic., Déc. 62, 43, 1741-1752.

A. PARAF, Y. HECHT.

Le problème d'une grosse rate chez un cirrhotique.

Vie Médic., Déc. 62, 43, 1707-1712.

A. PARAF, J. RAUTUREAU.

Conduite à tenir devant une hémorragie digestive par hypertension portale chez un malade hospitalisé.

Revue du Prat., Fév. 70, XX, 4, 543-550.

D. M. PEARLMAN, G. DUREMDES.

Traitement sélectif des hémorragies des varices gastro-oesophagiennes.

Ann. Surgery, Juil. 69, 170, I, 142-148.

B. V. PETROVSKI, PATSIORA (U. R. S. S.).

A propos du diagnostic et du traitement chirurgical de l'hypertension portale.

Mém. Acad. Chir., 1968, 94, 1-2-3, 89-93.

J. PIETRI, R. KIENY.

Indications chirurgicales dans le traitement de l'hypertension portale.

Revue de Méd., Fév. 66, 144-155.

H. FIGUET.

Rappel sur la structure et les fonctions de la rate.

Gaz. Méd. de France, Mai 69, 76, 13, 2611-2630.

J. POILLEUX.

Les anévrysmes artériels et artério-veineux spléniques. A propos de 12 observations.

Thèse, Paris, 1968, n° 471, 135 pages, Impr. Copédith.

N. PSOMOPULOS (Athènes).

Recherche expérimentale sur la pathogénie de la splénomégalie du syndrome d'hypertension portale.

J. Chir. (Paris), Janv. 67, 93, 1, 93-98.

S. RESNICOFF, S. SCHWARTZ.

Chirurgie de décompression portale.

Arc. of Surgery, Sept. 68, 97, 3, 371-377.

C. A. RICHARD.

Indications et résultats de l'anastomose porto-cave dans les cirrhoses.

La Clinique, Fév. 67, LXII, 628, 109-113.

E. C. SAUBIER, P. LEQUIN, P. GAILLARD.

Valeur de la splénectomie dans le traitement chirurgical de l'hypertension portale.

Arch. Franç. Mal. Appar. Dig. Paris, 1967, 56, 7-8, 691-702.

C. E. SEDWICK, J. POULANTZAS, W. H. MILLER.

102 anastomoses porto-cave pour hypertension portale.

New Engl. J. Méd., Juin 66, 274, 23, 1290-1293.

J. H. SIEGEL, J. B. WILLIAMS.

Essai de détermination de la survie opératoire des malades porteurs d'une cirrhose avec hypertension portale par évaluation chiffrée.

Ann. Surgery, Fév. 69, 169, 2, 191-201.

D. B. SKINNER.

Ligature des varices oesophagiennes hémorragiques par voie trans-thoracique, trans-gastrique.

Arch. of Surgery, Oct. 69, 99, 4, 447-453.

G. SMITH.

Splénectomie et ligature de la veine coronaire stomacique dans les hémorragies par varices oesophagiennes.

Améric. J. of Surgery, Fév. 70, 119, 122-131.

R. J. STONEY, L. H. COWN.

Hypertension portale après cirrhose de Laennec et thrombose de la veine porte (1 cas).

Ann. of Surgery, Janv. 70, 171, 1, 158-159.

R. STOPPA, J. PIETRI.

A propos d'un cas d'anévrisme artério-veineux du pédicule splénique avec hypertension portale.
Mém. Acad. Chir., 1970, 96, 6, 423-430.

C. TOUNTAS, A. MARSELOS, S. MICHALOPOULOS,
P. ANDREADIS (Grèce).

Résultats éloignés de la ligature trans-oesophagienne des varices oesophagiennes d'après notre technique personnelle.
J. Chir. (Paris), 1969, 97, 2, 223-226.

F. L. TURRILL, W. P. MIKKELSEN.

Hypertension portale extra-hépatique "gauche".
Arch. of Surgery, Sept. 69, 99, 3, 365-368.

A. VARAY, J. BERTHELOT, J. BRIERE, M. BLERY.

Place actuelle de la splénectomie dans le traitement de certaines cirrhoses.
Revue de Méd., Sept. 62, 553-559.

A. VARAY, J. MALLARME.

L'hypersplénisme des cirrhoses.
Arch. Mal. App. Dig., 1963, 52, 833-868.

W. D. WARREN, J. J. FOMON, R. ZEPPA.

Résultats à long terme de la décompression des varices oesophagiennes par anastomose du bout distal de la veine splénique à la veine rénale.
Ann. of Surgery, Mai 69, 169, 5, 652-660.

R. WILLIAMS, A. PARSONSON, K. SOMERS, P. S. J. HAMILTON.

L'hypertension portale. La splénomégalie tropicale idiopathique.
Lancet, Fév. 1966, 1, 7433, 329-333.

Vu, le Président de Thèse :

Pr J. GOSSET

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr LOYGUE

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

